

ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL

19



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Endereço:
Cidade: SÃO JOÃO DO ARRAIAL
CNPJ Nº: 11.504.416/0001-63

2021

NOTA DE EMPENHO Nº 1006040

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA	SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
02	PODER EXECUTIVO				
03	SECRETARIA DE SAÚDE				
03.01	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS				
10.122.0020.2161.0000	Enfrentamento da Emergência COVID-19				
3 3 90 36	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA				
3.3.90.36.27	SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO, TÉCNICO E OPERACIONAL				
		8.702,00	170.096,00	1.100,00	7.602,00

FICHA: 660 DATA: 06/10/2021 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 115 001 Recursos Vinculados
FONTE DE RECURSO: 214 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Govern

CREDOR.: **Fagner Ramos Bezerra**

CNPJ/CPF: 007.068.533-93

ENDEREÇO: Av. Vicente Augusto

CÓDIGO: 13363 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL PI

Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço...:

VALOR EMPENHADO REFERENTE A SERVIÇOS DE ACOMPANHAMENTO A PACIENTE COM SEQUELAS DA COVID-19.

Fonte de Recursos: Recursos Vinculados Aplicação: Enfrentamento COVID-19

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...: 1.100,00

Valor por Extenso:

um mil e cem reais *****

Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

ALCIONEIDE GOMES LOPES
SECRETÁRIA DE SAÚDE

EMPENHO AUTORIZADO EM: 06/10/2021

O VALOR REFERENTE A ESTE EMPENHO, FOI DEVIDAMENTE DEDUZIDO DO CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO

EMPENHADO EM: 06/10/2021

Carlos Roberto dos Santos Nascimento
Secretário de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° **1006040** SUBEMPENHO N° **1**

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: **1** FICHA: **660** DATA: **06/10/2021** REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: **06/10/2021**

Fornecedor: **13363 Fagner Ramos Bezerra** CPF/CNPJ: **007.068.533-93**
 ENDEREÇO: **Av. Vicente Augusto** SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO REFERENTE A SERVIÇOS DE ACOMPANHAMENTO A PACIENTE COM SEQUELAS DA COVID-19.	VALOR BRUTO 1.100,00 DESCONTOS 33,00
---	---

OR - Ordinario VALOR A PAGAR **1.067,00**

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 33 10.122.0020.2161.0000 3.3.90.36.27 Desdobro 27	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Enfrentamento da Emergência COVID-19 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO, TÉCNICO E OPERACIONAL

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
1.100,00	1.100,00	1.100,00	

VALOR A SER PAGO R\$ **1.067,00**
 um mil e sessenta e sete reais * * * * *

- DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:
- Os Serviços Foram Prestados.
 - Os Materiais Foram Entregues.
 - A Obra Foi Realizada

DESPESA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64
 SÃO JOÃO DO ARRAIAL 06/10/2021


 Re. **Reginaldo de Sousa Silva**
 Servidora

A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO OU SUBEMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.


ALCIONEIDE GOMES LOPES
 SECRETÁRIA DE SAÚDE



ESTADO DO PIAUÍ
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL
AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
CNPJ: 11504416000163

DEVE A FAGNER RAMOS BEZERRA
Endereço QUADRA 02 CASA 02

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços de acompanhamento a pacientes com sequelas da COVID-19	1.100,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.100,00 (Um Mil Cem Reais)

SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.

CREDOR

ORDEM DE PAGAMENTO

Declaro para os devidos fins que:

- os materiais foram recebidos.
- os serviços foram prestados.
- as despesas foram realizadas.
- as obras foram executadas.

Em ____/____/____

SERVIDOR

Autorizo o pagamento,
atendidas as formalidades legais.

Em ____/____/____

ORDENADOR DA DESPESA

RECIBO

Valor Bruto	ISS	INSS	IRRF	Outros	Valor Líquido
1.100,00	33,00	0,00	0,00	0,00	1.067,00

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 1.067,00 (Um Mil Sessenta e Sete Reais), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____/____/____
Banco _____
Conta N° _____
Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____/____/____

CREDOR
CPF: 007.068.533-93



CAIXA

Comprovante de Transferência de Valores via GovConta Caixa

Emitente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO
Conta Origem:	3834/006/00624010-2

Conta Destino:	3834/001/00022826-6
Nome do Destinatário:	FAGNER RAMOS BEZERRA
Valor:	R\$1.067,00
Identificação da Operação:	PAGAMENTO DOS SERVICOS

Data de Débito:	08/10/2021 -14:27:17
Data da Operação:	08/10/2021
Código da Operação:	208340133
Chave de Segurança:	F5J5402GLP8H55F7

CPFs Autorizadores:
183.225.903-00
721.850.233-49

Operação realizada com sucesso.

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS