

ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

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

2021

NOTA DE EMPENHO Nº 927002

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA		
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		
3.3.90.36.19	MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS		
SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
3.160,00	155.721,00	350,00	2.810,00

FICHA: 660 DATA: 27/09/2021 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 115 001 Recursos Vinculados
FONTE DE RECURSO: 214 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Govern

CREDOR...: MICHELE DA SILVA RODRIGUES

CNPJ/CPF: 051.230.303-79

CÓDIGO: 14975 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL PI

ENDEREÇO: RUA DA LIBERDADE

Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO PRESTADO NO CENTRO COVID-19.

Fonte de Recursos: Recursos Vinculados

Aplicação: Enfrentamento COVID-19

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinario

VALOR TOTAL...: 350,00

Valor por Extenso:

trezentos e cinquenta 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: 27/09/2021

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

EMPENHADO EM: 27/09/2021

Carlos Roberto dos Santos Nascimento
Secretário de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO Nº 927002 SUBEMPENHO Nº 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 FICHA: 660 DATA: 27/09/2021 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 27/09/2021

Fornecedor: 14975 MICHELE DA SILVA RODRIGUES CPF/CNPJ :051.230.303-79
 ENDEREÇO: RUA DA LIBERDADE SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO PRESTADO NO CENTRO COVI D-19.	VALOR BRUTO 350,00 DESCONTOS 10,50
---	---

CR - Ordinario VALOR A PAGAR 339,50

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 10,5 10.122.0020.2161.0000 3.3.90.36.19 Desdobro 19	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Enfrentamento da Emergência COVID-19 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
350,00	350,00	350,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$ 339,50
 trezentos e trinta e nove reais e cinquenta centavos * * * * *

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

- Os Serviços Foram Prestados.
- Os Materiais Foram Entregues.
- A Obra Foi Realizada

DESPESA LIQUIDADADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64

SÃO JOÃO DO ARRAIAL 27/09/2021


 Regina 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 MICHELE DA SILVA RODRIGUES
Endereço RUA DA LIBERDADE, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços de manutenção prestado no Centro Covid-19	350,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 350,00 (Trezentos e Cinquenta 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
350,00	10,50	0,00	0,00	0,00	339,50

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 339,50 (Trezentos e Trinta e Nove Reais E Cinquenta Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____ / ____ / ____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____ / ____ / ____

CREDOR
CPF: 051.230.303-79

IMPRIMIR FECHAR

:: Comprovantes

CAIXA**Comprovante de Transferência de Valores**
via GovConta Caixa

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

Conta Destino:	3834/013/00035703-5
Nome do Destinatário:	MICHELE DA SILVA RODRIGU
Valor:	R\$339,50
Identificação da Operação:	PAGAMENTO DOS SERVICOS

Data de Débito:	27/09/2021 -09:44:15
Data da Operação:	27/09/2021
Código da Operação:	059540247
Chave de Segurança:	KPKCCNA7GAQ7C35E

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