

ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Endereço:

Cidade: SÃO JOÃO DO ARRAIAL

CNPJ Nº: 11.504.415/0001-63

2020

NOTA DE EMPENHO Nº 821001

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		
3.3.90.36.27		SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO, TÉCNICO E OPERACIONAL		
SALDO ANTERIOR		EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHOS	SALDO ATUAL
237.300,00		66.700,00	310,00	236.990,00

FICHA: 676 DATA: 21/08/2020 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 115 001 Recursos Vinculados
FONTE DE RECURSO: 214 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo

CREDOR: ANTONIEL JOSE MAGALHAES

CNPJ/CPF: 065.461.993-00

CÓDIGO: 14545

CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL

ENDEREÇO: RUA UNIAO

Nº: BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

Valor empenhado referente a serviços de segurança em barreiras sanitárias no período de combate ao COVID-19

Fonte de Recursos: Recursos Vinculados

Aplicação: Enfrentamento COVID-19

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

310,00

Valor por Extensão:

trezentos e dez reais *****

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 21/08/2020

Alcioneide Gomes Lopes
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 21/08/2020

Abdoral Melo da Silva
Secretário de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO Nº **821001** SUBEMPENHO Nº **1**

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 676	DATA: 21/08/2020	REQUISIÇÃO:
------------------------------	------------	------------------	-------------

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 21/08/2020

Fornecedor: 14545 ANTONIEL JOSE MAGALHAES CPF/CNPJ: 065.461.993-00
 ENDEREÇO: RUA UNIAO SAO JOAO DO ARRAIAL

LIQUIDACAO DE MATERIAL E/OU SERVICO

Valor empenhado referente a serviços de segurança em barreiras sanitárias no período de combate ao Coronavírus (Covid-19)	VALOR BRUTO 310,00
	DESCONTOS 9,30

OR - Ordinário VALOR A PAGAR 300,70

CODIGO	CLASSIFICACAO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 9,3 10.122.0020.2161.0000 3.3.90.36.27 Desdobro 27	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS Enfrentamento da Emergência COVID-19 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO, TÉCNICO E OPERACIONAL

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDACAO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDACAO	SALDO A LIQUIDAR
310,00	310,00	310,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$ 300,70

trezentos reais e setenta centavos * * * * *

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 21/08/2020

Reginalda 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

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA BENEDITO AMARO, S/N - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI

CNPJ: 21988778000120

DEVE A EDINALVA DOS SANTOS PEREIRA

Endereço RUA 13 DE MAIO, 200

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços de acompanhamento em consultas oftalmológica prestado para o Governo Municipal	290,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 290,00 (Duzentos e Noventa Reais)

SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.

CREDOR

ORDEN 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
290,00	8,70	0,00	0,00	0,00	281,30

Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 281,30 (Duzentos e Oitenta e Um Reais E Trinta Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____/____/____

Banco _____

Conta N° _____

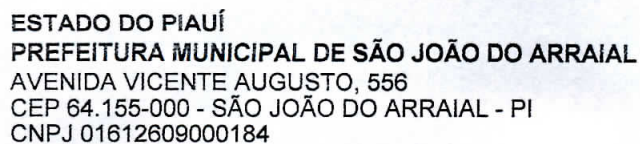
Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____/____/____

CREDOR

CPF: 471.220.303-00



N° 70872

Data de Emissão: 20/08/2020

NOME: EDINALVA DOS SANTOS PEREIRA
ENDEREÇO: RUA 13 DE MAIO, 200
CIDADE: TERESINA - PI
ATIVIDADE:
RG/INSC. EST.: **CPF/CNPJ:** 471.220.303-00

NOME: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ENDEREÇO: RUA BENEDITO AMARO, S/N
CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
ATIVIDADE:
RG/INSC. EST.: **CPE/CNPJ:** 21.988.778/0001-20

VALOR BASE	290,00	ALÍQUOTA	3 %	ISS	8,70
------------	--------	----------	-----	-----	------

	RECOLHIDO EM	MATRÍCULA
ASSINATURA DO EMITENTE	27/08/2020	Nº 4327



Emissão de comprovantes

G3312016514810661
20/08/2020 16:56:1220/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:55:52
204802048 SEGUNDA VIA 0009COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTECLIENTE: PM SAO JOAO ARRAIAL -FUS
AGENCIA: 2048-6 CONTA: 11.090-6

=====

DATA DA TRANSFERENCIA 20/08/2020

NR. DOCUMENTO 550.044.000.009.346

VALOR TOTAL 281,30

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDINALVA SANTOS PEREIRA

AGENCIA: 0044-2 CONTA: 9.346-7

NR. DOCUMENTO 552.048.000.011.090

=====

NR.AUTENTICACAO F.253.853.B16.C4D.DCC

Transação efetuada com sucesso por: JB513700 ABDORAL M DA SILVA.