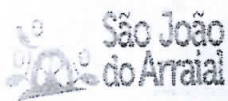


ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Endereço:

Cidade: SÃO JOÃO DO ARRAIAL

CNPJ Nº: 11.504.416/0001-63

2020

NOTA DE EMPENHO Nº 902002 ✓

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 32	MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA		
3.3.90.32.05	SERVICO PARA DISTRIBUICAO GRATUITA		
SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
1.365,00	2.635,00	970,00	395,00

FICHA: 675 DATA: 02/09/2020 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 115 001 Recursos Vinculados
FONTE DE RECURSO: 214 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Govern

CREDOR.: LUCILENE SOUSA SILVA ✓

CNPJ/CPF: 005.164.311-10

CÓDIGO: 14020 CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL

ENDEREÇO: RUA HORTÊNCIO ROCHA

Nº S/N BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

Valor empenhado para pagamento referente a serviços de costureira na confecções de mascaras facial para enfrentamento do Covid-19.

Fonte de Recursos: Recursos Vinculados

Aplicação: Enfrentamento COVID-19

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...: 970,00

Valor por Extenso:

novecentos e setenta reais *****

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 02/09/2020

Alicioneide Gomes Lopes
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 02/09/2020

Abdoral Melo da Silva
Secretário de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO Nº 902002 SUBEMPENHO Nº 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 FICHA: 675 DATA: 02/09/2020 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 02/09/2020

Fornecedor: 14020 LUCILENE SOUSA SILVA
ENDEREÇO: RUA HORTÊNCIO ROCHA

CPF/CNPJ: 005.164.311-10
SÃO JOÃO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E DO SERVIÇO

Valor empenhado para pagamento referente a serviços de costureira na confecções de máscaras facial para enfrentamento do Covid-19.

VALOR BRUTO

970,00

DESCONTOS

29,10

OR - Ordinário

VALOR A PAGAR

940,90

CODIGO

CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA

02
02 03 29,1
10.122.0020.2161.0000
3.3.90.32.05
Desdobro 05

PODER EXECUTIVO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
Enfrentamento da Emergência COVID-19
MATERIAL, BEM OU SERVIÇO PARA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
SERVICO PARA DISTRIBUICAO GRATUITA

VALOR A PAGAR

VALOR A PAGAR

VALOR DESTA LIQUIDACAO

VALOR A PAGAR

970,00

970,00

970,00

0.

VALOR A SER PAGO R\$

940,90

novecentos e quarenta reais e noventa centavos * * * * *

DECLARAÇÃO PARA A VALIDADE DA DESPESA:

- () 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 02/09/2020

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 LUCILENE SOUSA SILVA
Endereço RUA HORTNÊNCIO ROCHA

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços de costureira na confecção de mascaras facial (Covid-19)	970,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 970,00 (Novecentos e Setenta 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
970,00	29,10	0,00	0,00	0,00	940,90

Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 940,90 (Novecentos e Quarenta Reais E Noventa Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____/____/____
Banco _____
Conta Nº _____
Cheque _____

Em ____/____/____

TESOUREIRO

CREDOR
CPF: 005.164.311-10

VALOR BASE	970,00	ALÍQUOTA	3 %	ISS	29,10
ASSINATURA DO EMITENTE		RECOLHIDO EM ____/____/____		MATRÍCULA Nº 4257	

IMPRIMIR

FECHAR



Comprovante de Transferência de Valores
via GovConta Caixa

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

Conta Destino:	4461/013/00001169-0
Nome do Destinatário:	LUCILENE SOUSA SILVA
Valor:	R\$940,90
Identificação da Operação:	PAGAMENTO DOS SERVICOS

Data de Débito:	02/09/2020 -09:36:00
Data da Operação:	02/09/2020
Código da Operação:	369569649
Chave de Segurança:	A8NVQEMSNKSV1H9K

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