



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

ENDEREÇO: AVENIDA PRIMAVERA, Nº 699

CIDADE: BOQUEIRÃO DO PIAUÍ

CNPJ: 12.552.597/0001-66

## NOTA DE EMPENHO Nº 1030006

DATA DO EMPENHO: 30/10/2019

TIPO: OR - Ordinário

| CÓDIGO              | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA           | FICHA: 577  |
|---------------------|--|-------------|
| 02                  | PODER EXECUTIVO                              |             |
| 14                  | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                     |             |
| 14.00               | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                     |             |
| 10                  | Saúde  |             |
| 301                 | Atenção Básica                               |             |
| 0023                | LEVA SAÚDE                                   |             |
| 2068                | MANUTENÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS |             |
| 33.90.36            | OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA |             |
| 3.3.90.36.20        | FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO                  |             |
| SALDO ANTERIOR      |  | SALDO ATUAL |
| 10.736,60           |  | 9.476,60    |
| VALOR DESTA EMPENHO |  |             |
| 1.260,00            |  |             |

FONTE DE RECURSOS:

214 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Govern

CÓDIGO DE APLICAÇÃO:

115 PAB

LICITAÇÃO: OUTRO NÃO APLICÁVEL N°

PROCESSO:

INFORMAÇÕES DO CREDOR: CÓDIGO - 1468

NOME: ROSIANE REIS DE CARVALHO

ENDEREÇO: AVENIDA MIGUEL ROSA NORTE

Nº: 2540 BAIRRO: CENTRO

CNPJ/CPF: 025.425.633-30

CIDADE: TERESINA

U.F.: PI

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

1.260,00

Valor por Extensão:

um mil, duzentos e sessenta reais \* \* \* \* \*

Discriminação do Material e/ou Serviço...:

VALOR QUE SE EMPENHA PARA FAZER FACE A DESPESA COM SERVIÇOS PRESTADOS NO PREPARO DE REFEIÇÕES PARA ESTA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

EMPENHO AUTORIZADO EM: 30/10/2019

Autorizo o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços a esta Entidade, obedecidas as condições deste documento.

  
ELGILENE SILVA LOPES  
SECRETÁRIA DE SAÚDE

CONTABILIZADO EM: 30/10/2019

A despesa referente a este empenho foi devidamente processada encontrando-se em ordem para pagamento.

  
GENIR FERREIRA DA SILVA  
TESOUREIRA

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS**

ENDEREÇO: AVENIDA PRIMAVERA, Nº 699

CIDADE: BOQUEIRÃO DO PIAUÍ

CNPJ: 12.552.597/0001-66

**NOTA DE LIQUIDAÇÃO**

|            |                |    |               |          |                     |          |        |            |       |                   |
|------------|----------------|----|---------------|----------|---------------------|----------|--------|------------|-------|-------------------|
| EMPENHO Nº | <b>1030006</b> | OR | SUBEMPENHO Nº | <b>1</b> | NOTA DE LIQUIDAÇÃO: | <b>1</b> | FICHA: | <b>577</b> | DATA: | <b>30/10/2019</b> |
|------------|----------------|----|---------------|----------|---------------------|----------|--------|------------|-------|-------------------|

|                       |  |
|-----------------------|--|
| CÓDIGO                | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA           |
| 02                    | PODER EXECUTIVO                              |
| 02 14 00              | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                     |
| 10.301.0023.2068.0000 | MANUTENÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS |
| 3.3.90.36.20          | FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO                  |

Fornecedor: **1468 ROSIANE REIS DE CARVALHO**

CPF/CNPJ: 025.425.633-30

Endereço: AVENIDA MIGUEL ROSA NORTE

CIDADE: TERESINA

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO  
 VALOR QUE SE EMPENHA PARA FAZER FACE A DESPESA COM SERVIÇOS PRESTADOS NO PREPARO DE REFEIÇÕES PARA ESTA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

|                  |                      |                        |                  |
|------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| VALOR DO EMPENHO | LIQUIDADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO | SALDO A LIQUIDAR |
| <b>1.260,00</b>  | <b>1.260,00</b>      | <b>1.260,00</b>        | <b>0,00</b>      |

VALOR A SER PAGO R\$

**1.260,00**

um mil, duzentos e sessenta reais .....

**DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:**

- ( ) OS MATERIAIS FORAM RECEBIDOS
- ( ) OS EQUIPAMENTOS FORAM RECEBIDOS
- ( ) OS SERVIÇOS FORAM PRESTADOS
- ( ) A OBRA FOI REALIZADA

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


BOQUEIRÃO DO PIAUÍ (PI), 30/10/2019

  
 Funcionário Responsável

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

  
**JOSE FRANCISCO BORGES DA SILVA**  
 CONTROLADOR GERAL DO MUNICÍPIO
**ORDEM DE PAGAMENTO**

AUTORIZO O PAGAMENTO DE ACORDO COM O ART. 64, DA LEI 4.320/64

PAGUE-SE: **30/10/2019**
  
**ELGILENE SILVA LOPES**  
 SECRETÁRIA DE SAÚDE

PAGAMENTO EFETUADO COM O(S) SEGUINTE(S) RECURSO(S):

FONTE DE RECURSOS:

**214 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Govern**

CÓDIGO DE APLICAÇÃO:


**115 PAB**

|                 |                 |                     |                 |
|-----------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| NÚMERO DA ORDEM | NÚMERO DA CONTA | NÚMERO DO DOCUMENTO | VALOR R\$       |
| <b>3441</b>     | <b>30317</b>    | <b>19207</b>        | <b>1.197,00</b> |

DESCONTOS REALIZADOS:

**63,00**

|       |                |           |            |
|-------|----------------|-----------|------------|
| Ficha | Codigo         | Descrição | Valor      |
| 9032  | 9999.00.0.0.14 | ISS FMS   | RR\$ 63,00 |

PAGO EM: **30/10/2019**
  
**GENIR FERREIRA DA SILVA**  
 TESOUREIRA



**ESTADO DO PIAUÍ**  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE BOQUEIRÃO DO PIAUÍ  
 CNPJ: 01.612.566/0001-37  
 MUDANÇA COM HUMILDADE  
 AVENIDAPRIMAVERA, 699. CENTRO. Boqueirão do Piauí - PI



**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS AVULSA**  
 Série 001  
**Nº 4320004**  
**Data: 30/10/2019**

**PRESTADOR DO SERVIÇO**

(1ª via - Prestador do serviço) (2ª via - Usuário do serviço) (3ª via - Prefeitura)

|   |   |                              |                        |                            |
|---|---|------------------------------|------------------------|----------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>ROSIANE REIS DE CARVALHO |   | CNPJ / CPF<br>025.425.633-30 | PIS / NIT              | INSCRIÇÃO ESTADUAL         |
| ENDEREÇO<br>AVENIDA MIGUEL ROSA NORTE, 2540     | BAIRRO<br>CENTRO  | CIDADE<br>Teresina           |                        | UF<br>PI                   |
| SERVIÇO<br>FORNECIMENTO DE REFEICOES            |   |                              | Alíquota ISS<br>5,00 % | Dedução INSS<br>Dedução IR |
| Autônomo com TLL<br>Não                         | INFORMAÇÕES BANCÁRIAS PARA PAGAMENTO<br>Banco: CAIXA ECONOMICA FEDERAL, Agência: 2004-013, Conta: 05564-5 P |                              |                        |                            |

**TOMADOR / USUÁRIO DO SERVIÇO**

|   |                  |                              |                                  |
|---|------------------|------------------------------|----------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOQUEIRÃO DO PIAUÍ |                  |                              | CNPJ / CPF<br>12.552.597/0001-66 |
| ENDEREÇO<br>RUA 26 DE JANEIRO, S/N                                    | BAIRRO<br>CENTRO | CIDADE<br>Boqueirão do Piauí |                                  |
|   |                  |                              | UF<br>PI                         |

**DADOS DOS SERVIÇOS**

Lei Complementar 116/2003 - Identificação do Serviço  
 17 - Recreação e animação, inclusive em festas e eventos de qualquer natureza.

HISTÓRICO  
 REFERENTE A SERVIÇO PRESTADO NO PREPARO DE REFEIÇÕES PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BOQUEIRAO DO PIAUI.

| ITEM | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO      | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|------|---------------------------|---------|------------|----------------|-------------|
| 2    | FORNECIMENTO DE REFEIÇÕES | 1       | 1,00       | 1.260,00       | 1.260,00    |

**ATESTO QUE:**

Os materiais foram recebidos

Os serviços foram prestados

EM 30/10/19

*[Assinatura]*

Funcionário

CPF

**PAGUE SE**

EM 30/10/19

*[Assinatura]*

Eiguene Silva Lins

CPF 046.791.123-21

**PAGO**

EM 30/10/19

*[Assinatura]*

Genir Ferreira da Silva

CPF 001.144.553-09

VALOR POR EXTENSO ( UM MIL, DUZENTOS E SESSENTA REAIS ) TOTAL DA NOTA **1.260,00**

**CÁLCULO DOS IMPOSTOS / TAXAS**

| CÓDIGO ORÇAMENTÁRIO | DESCRIÇÃO DO IMPOSTO / TAXA | BASE DE CÁLCULO | REFERÊNCIA | VALOR |
|---------------------|-----------------------------|-----------------|------------|-------|
| 1113.05.00          | ISSQN                       | 1.260,00        | 5,00 %     | 63,00 |

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 - Base de cálculo: R\$ 1.260,00 / Alíquota: 100,00 %

|   |   |                              |
|---|---|------------------------------|
| ASSINATURA DO EMITENTE<br><br><i>[Assinatura]</i><br>JOSE RAIMUNDO DE SOUSA FREITAS<br>FISCAL DE TRIBUTOS | Registro: 9576 / 4320004 / 1<br><br>Data de emissão: 30/10/2019 | RESERVADO AO FISCO MUNICIPAL |
|---|---|------------------------------|



**ESTADO DO PIAUÍ**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOQUEIRÃO DO PIAUÍ**  
 CNPJ: 12.552.597/0001-66  
 RUA 26 DE JANEIRO, S/N. CENTRO. Boqueirão do Piauí - PI



Referente a NF: 4320004  
 Data da NF: 30/10/2019  
 Acesso: 010691

| CREDOR / FORNECEDOR  |                         |                                     |                    |
|--|-------------------------|-------------------------------------|--------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br><b>ROSIANE REIS DE CARVALHO</b>   |                         | CNPJ / CPF<br><b>025.425.633-30</b> | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| ENDEREÇO<br><b>AVENIDA MIGUEL ROSA NORTE, 2540</b>   | BAIRRO<br><b>CENTRO</b> | CIDADE<br><b>Teresina</b>           | UF<br><b>PI</b>    |
| SERVIÇO<br><b>FORNECIMENTO DE REFEICOES</b>  |                         |                                     |                    |
| INFORMAÇÕES BANCÁRIAS PARA PAGAMENTO<br><b>Banco: CAIXA ECONOMICA FEDERAL, Agência: 2004-013, Conta: 05564-5 P</b> |                         |                                     |                    |

| ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS   | VALOR (R\$)     |
|--|-----------------|
| REFERENTE A SERVIÇO PRESTADO NO PREPARO DE REFEIÇÕES PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BOQUEIRAO DO PIAUL. | 1.260,00        |
| <b>TOTAL:</b>  | <b>1.260,00</b> |

Importa a presente conta em: Boqueirão do Piauí, 30 de outubro de 2019  
 ( UM MIL, DUZENTOS E SESSENTA REAIS )

\_\_\_\_\_  
**ROSIANE REIS DE CARVALHO**




| LIQUIDAÇÃO / AUTORIZAÇÃO   |  |           |                                 |                                   |                                  |  |                                   |                                       |                                 |  |               |
|--|--|-----------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|--|---------------|
| Declaro para os devidos fins que:<br><input type="checkbox"/> Os materiais foram recebidos.<br><input type="checkbox"/> Os serviços foram prestados.   | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Licitação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Leilão</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dispensa</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Convite</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Tomada de preço</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Concurso</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Concorrência</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Pregão</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Inexigibilidade</td></tr> <tr> <td>Número: _____</td> </tr> </tbody> </table> | Licitação | <input type="checkbox"/> Leilão | <input type="checkbox"/> Dispensa | <input type="checkbox"/> Convite | <input type="checkbox"/> Tomada de preço | <input type="checkbox"/> Concurso | <input type="checkbox"/> Concorrência | <input type="checkbox"/> Pregão | <input type="checkbox"/> Inexigibilidade | Número: _____ |
| Licitação  |  |           |                                 |                                   |                                  |  |                                   |                                       |                                 |  |               |
| <input type="checkbox"/> Leilão  |  |           |                                 |                                   |                                  |  |                                   |                                       |                                 |  |               |
| <input type="checkbox"/> Dispensa  |  |           |                                 |                                   |                                  |  |                                   |                                       |                                 |  |               |
| <input type="checkbox"/> Convite   |  |           |                                 |                                   |                                  |  |                                   |                                       |                                 |  |               |
| <input type="checkbox"/> Tomada de preço   |  |           |                                 |                                   |                                  |  |                                   |                                       |                                 |  |               |
| <input type="checkbox"/> Concurso  |  |           |                                 |                                   |                                  |  |                                   |                                       |                                 |  |               |
| <input type="checkbox"/> Concorrência  |  |           |                                 |                                   |                                  |  |                                   |                                       |                                 |  |               |
| <input type="checkbox"/> Pregão  |  |           |                                 |                                   |                                  |  |                                   |                                       |                                 |  |               |
| <input type="checkbox"/> Inexigibilidade   |  |           |                                 |                                   |                                  |  |                                   |                                       |                                 |  |               |
| Número: _____  |  |           |                                 |                                   |                                  |  |                                   |                                       |                                 |  |               |
| Autorizo o pagamento, atendida as formalidades legais.<br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <b>PAGUE-SE</b><br/>             Em: ___/___/___           </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">             _____<br/> <b>ELGILENE SILVA LOPES</b><br/> <b>SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE</b> </div> |  |           |                                 |                                   |                                  |  |                                   |                                       |                                 |  |               |

| RECIBO           |       |  |  |  |               |
|------------------|-------|--|--|--|---------------|
| Valor do Serviço | ISSQN |  |  |  | Valor Líquido |
| 1.260,00         | 63,00 |  |  |  | 1.197,00      |




Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOQUEIRÃO DO PIAUÍ, ESTADO DO PIAUÍ, a importância líquida de R\$ 1.197,00 (um mil, cento e noventa e sete reais), correspondente à conta acima especificada, com descontos no valor bruto.

Boqueirão do Piauí, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_




\_\_\_\_\_  
**ROSIANE REIS DE CARVALHO**

|   |                  |   |                              |  |               |
|---|------------------|---|------------------------------|--|---------------|
|  <b>ESTADO DO PIAUÍ</b><br>PREFEITURA MUNICIPAL DE BOQUEIRÃO DO PIAUÍ<br>CNPJ: 01.612.566/0001-37<br>MUDANÇA COM HUMILDADE |                  |  1ª Via<br>(Contribuinte) |                              | <b>DAM</b><br>Documento de Arrecadação Municipal |               |
| LOCAL DE PAGAMENTO<br>PREFEITURA MUNICIPAL DE BOQUEIRÃO DO PIAUÍ  |                  |   |                              |  | PARCELA Única |
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>ROSIANE REIS DE CARVALHO   |                  |   | CNPJ / CPF<br>025.425.633-30 | VENCIMENTO<br>10/11/2019                         |               |
| ENDEREÇO<br>AVENIDA MIGUEL ROSA NORTE, 2540   | BAIRRO<br>CENTRO | CIDADE<br>Teresina  | UF<br>PI                     | BASE DE CÁLCULO<br>1.260,00                      |               |
| Sr. Contribuinte<br>- DAM gerado pela Nota Fiscal de número 4320004<br>- Código de acesso do documento: 010691  |                  | ISSQN   | 5,00 %                       | 63,00  |               |
| <b>TOTAL -----&gt;</b>  |                  |   |                              | <b>63,00</b>                                     |               |
| Autenticação mecânica ou carimbo  |                  |   |                              |  |               |
|   |                  |   |                              |  |               |

[www.simplesinformatica.com](http://www.simplesinformatica.com)

|  |                  |   |                              |  |               |
|--|------------------|---|------------------------------|--|---------------|
|  <b>ESTADO DO PIAUÍ</b><br>PREFEITURA MUNICIPAL DE BOQUEIRÃO DO PIAUÍ<br>CNPJ: 01.612.566/0001-37<br>MUDANÇA COM HUMILDADE |                  |  2ª Via<br>(Banco) |                              | <b>DAM</b><br>Documento de Arrecadação Municipal |               |
| LOCAL DE PAGAMENTO<br>PREFEITURA MUNICIPAL DE BOQUEIRÃO DO PIAUÍ   |                  |   |                              |  | PARCELA Única |
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>ROSIANE REIS DE CARVALHO  |                  |   | CNPJ / CPF<br>025.425.633-30 | VENCIMENTO<br>10/11/2019                         |               |
| ENDEREÇO<br>AVENIDA MIGUEL ROSA NORTE, 2540  | BAIRRO<br>CENTRO | CIDADE<br>Teresina  | UF<br>PI                     | BASE DE CÁLCULO<br>1.260,00                      |               |
| Sr. Contribuinte<br>- DAM gerado pela Nota Fiscal de número 4320004<br>- Código de acesso do documento: 010691   |                  | ISSQN   | 5,00 %                       | 63,00  |               |
| <b>TOTAL -----&gt;</b>   |                  |   |                              | <b>63,00</b>                                     |               |
| Autenticação mecânica ou carimbo   |                  |   |                              |  |               |
|    |                  |   |                              |  |               |

[www.simplesinformatica.com](http://www.simplesinformatica.com)

|  |                  |  |                              |  |               |
|--|------------------|--|------------------------------|--|---------------|
|  <b>ESTADO DO PIAUÍ</b><br>PREFEITURA MUNICIPAL DE BOQUEIRÃO DO PIAUÍ<br>CNPJ: 01.612.566/0001-37<br>MUDANÇA COM HUMILDADE |                  |  3ª Via<br>(Prefeitura) |                              | <b>DAM</b><br>Documento de Arrecadação Municipal |               |
| LOCAL DE PAGAMENTO<br>PREFEITURA MUNICIPAL DE BOQUEIRÃO DO PIAUÍ   |                  |  |                              |  | PARCELA Única |
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>ROSIANE REIS DE CARVALHO  |                  |  | CNPJ / CPF<br>025.425.633-30 | VENCIMENTO<br>10/11/2019                         |               |
| ENDEREÇO<br>AVENIDA MIGUEL ROSA NORTE, 2540  | BAIRRO<br>CENTRO | CIDADE<br>Teresina   | UF<br>PI                     | BASE DE CÁLCULO<br>1.260,00                      |               |
| Sr. Contribuinte<br>- DAM gerado pela Nota Fiscal de número 4320004<br>- Código de acesso do documento: 010691   |                  | ISSQN  | 5,00 %                       | 63,00  |               |
| <b>TOTAL -----&gt;</b>   |                  |  |                              | <b>63,00</b>                                     |               |
| Autenticação mecânica ou carimbo   |                  |  |                              |  |               |
|    |                  |  |                              |  |               |

[www.simplesinformatica.com](http://www.simplesinformatica.com)



## DOC ou TED Eletrônico

### Debitado

---

|                |                                   |
|----------------|-----------------------------------|
| Agência        | 106-6                             |
| Conta corrente | 30317-8 PI 220194 FMS CUSTEIO SUS |

### Creditado

---

|                         |                             |
|-------------------------|-----------------------------|
| Banco                   | 104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL |
| Agência (sem DV)        | 2004 AREOLINO DE ABREU      |
| Conta corrente (com DV) | 55645                       |
| CPF                     | 025.425.633-30              |
| Nome favorecido         | ROSIANE REIS DE CARVALHO    |
| Finalidade              | CREDITO EM CONTA            |
| Número documento        | 103.001                     |
| Valor                   | 1.197,00                    |
| Data transferência      | 30/10/2019                  |
| "C" - CNPJ diferente    |                             |
| Autenticação SISBB      | AB1A1883D5B60806            |

---

|              |                           |                     |
|--------------|---------------------------|---------------------|
| Assinada por | JA813317 GENIR F SILVA    | 30/10/2019 13:37:38 |
|              | JB570876 ELGILENE S LOPES | 30/10/2019 13:49:35 |

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JB570876 ELGILENE S LOPES.