



ESTADO DE GOIÁS  
SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL  
DUEOF - DOCUMENTO ÚNICO DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA

|        |  |                    |  |         |  |
|--------|--|--------------------|--|---------|--|
| 1.Tipo |  | 2.Documento        |  | 3.Folha |  |
| 05     |  | Ordem de Pagamento |  | 1/1     |  |

|                                              |           |                       |                             |               |  |                    |              |                    |             |                    |  |
|----------------------------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------------|---------------|--|--------------------|--------------|--------------------|-------------|--------------------|--|
| 4. Data de Emissão                           |           | 5. Dotação Compactada |                             | 6. Tipo da NE |  | 7. N° do Documento |              | 8. Tipo do Crédito |             | 9. Saldo Anterior  |  |
| 05072024                                     |           | 2024.2850.188         |                             | 1-ORD.        |  | 00076 001          |              | 1-ORC.             |             | *****100.000,00    |  |
| 10. Exerc.                                   | 11. Órgão | 12. Unid.             | 13. Classificação Funcional |               |  | 14. Grupo          | 15. Natureza |                    | 16. Fonte   | 17. Valor          |  |
| 2024                                         | 28        | 50                    | 10 122 0300 3.331           |               |  | 04                 | 4.4.41.42.04 |                    | 1500        | *****100.000,00    |  |
| 18. Titular do Crédito Orçamentário          |           |                       |                             |               |  | 19. N° do Processo |              |                    | 20. Parcela | 21. Saldo Atual    |  |
| FUNDO ESTADUAL DE SAUDE- FES                 |           |                       |                             |               |  | 202400010004428    |              |                    | *****       | *****0,00          |  |
| 22. Beneficiário ou Recolhedor               |           |                       |                             |               |  |                    |              |                    |             | 23. CPF ou CNPJ    |  |
| FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ARENOPOLIS       |           |                       |                             |               |  |                    |              |                    |             | 11.664.440/0001-60 |  |
| 24. Endereço                                 |           |                       |                             |               |  |                    |              | 25. Município      |             | 26. UF             |  |
| AV LEONIDIO DE CASTRO E SILVA, 599 SC-CENTRO |           |                       |                             |               |  |                    |              | ARENOPOLIS         |             | GO                 |  |

**HISTÓRICO DA OPERAÇÃO**

|          |                                                                                     |            |           |           |              |           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|-----------|--------------|-----------|
| 27. Item | 28. Especificação                                                                   | 29. Código | 30. Unid. | 31. Qtde. | 32. Unitário | 33. Total |
|          | Data do Empenho: 19/01/2024                                                         |            |           |           |              |           |
|          | PROCESSO 202400010004428                                                            |            |           |           |              |           |
|          | .                                                                                   |            |           |           |              |           |
|          | Emenda Parlamentar Impositiva Número: 1523 Município: ARENOPOLIS                    |            |           |           |              |           |
|          | Deputado: ANDERSON TEODORO Objeto da Emenda: Reforma/ampliação de unidade de saúde. |            |           |           |              |           |
|          | .                                                                                   |            |           |           |              |           |
|          | PDF 2024285001221 DAOF 1243/2024 RD 22/2024 (SEI 58054510).                         |            |           |           |              |           |
|          | .                                                                                   |            |           |           |              |           |
|          | REFERENCIA.....VALOR                                                                |            |           |           |              |           |
|          | EMENDA/ARENOPOLIS.....100.000,00                                                    |            |           |           |              |           |
|          | **                                                                                  |            |           |           |              |           |
|          | **                                                                                  |            |           |           |              |           |
|          | **                                                                                  |            |           |           |              |           |
|          | **                                                                                  |            |           |           |              |           |
|          | **                                                                                  |            |           |           |              |           |
|          | **                                                                                  |            |           |           |              |           |
|          | **                                                                                  |            |           |           |              |           |

|                                         |  |  |  |                                      |  |                   |  |
|-----------------------------------------|--|--|--|--------------------------------------|--|-------------------|--|
| 34. Agente Financeiro / Agência Débito  |  |  |  | 35. Cód. Ag. Financ./Agência Débito  |  | 36. Conta Débito  |  |
| CEF - GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS        |  |  |  | 0104/04204-8                         |  | 06000100004       |  |
| 37. Agente Financeiro / Agência Crédito |  |  |  | 38. Cód. Ag. Financ./Agência Crédito |  | 39. Conta Crédito |  |
| CEF - Piranhas                          |  |  |  | 0104/04339-7                         |  | 06000711954       |  |

|                                |         |               |  |          |                         |  |
|--------------------------------|---------|---------------|--|----------|-------------------------|--|
| CLASSIFI-<br>CAÇÃO<br>CONTÁBIL | 40.     | *****0 *****0 |  | 42. Nota | 43. Total dos Descontos |  |
|                                | DÉBITO  |               |  |          | *****0,00               |  |
|                                | 41.     | *****0 *****0 |  |          | 44. Valor Líquido       |  |
|                                | CRÉDITO |               |  |          | *****100.000,00         |  |

45. Valor Líquido do Documento por Extenso

cem mil reais

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

|                                                                                                 |  |                                            |  |                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------|--|
| 46. Visto do Chefe                                                                              |  | 48. Visto do Ordenador/Executor da Despesa |  | 50. Quitação/Recibo   |  |
| THALLES PAULINO DE AVILA<br>SUP. GESTÃO INTEGRADA                                               |  | RASIVEL DOS REIS SANTOS JU<br>SECRETÁRIO   |  | Quitado<br>05/07/2024 |  |
| 47. Análise do Tribunal                                                                         |  | 49. Análise CGE                            |  |                       |  |
| <input type="checkbox"/> VISADO <input type="checkbox"/> PROCESSO EM DILIGÊNCIA                 |  |                                            |  |                       |  |
| <input type="checkbox"/> SUSTADO <input type="checkbox"/> SUJEITO A REGISTRO NO TRIB. DE CONTAS |  |                                            |  |                       |  |