



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 |  |
| 05062024                                       |           | 2024.2850.187         |                             | 1-ORD.        |                    | 00139 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           |               | 03                 | 3.3.41.41.21      |               | 1500               | *****100.000,00    |                   |  |
| 18 Titular do Crédito Orçamentário             |           |                       |                             |               | 19. N° do Processo |                   | 20. Parcela   |                    | 21. Saldo Atual    |                   |  |
| FUNDO ESTADUAL DE SAUDE- FES                   |           |                       |                             |               | 202400010004588    |                   | *****         |                    | *****0,00          |                   |  |
| 22. Beneficiário ou Recolhedor                 |           |                       |                             |               |                    |                   |               |                    | 23. CPF ou CNPJ    |                   |  |
| FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BRAZABRANTES       |           |                       |                             |               |                    |                   |               |                    | 13.902.557/0001-60 |                   |  |
| 24. Endereço                                   |           |                       |                             |               |                    |                   | 25. Município |                    | 26. UF             |                   |  |
| R JOSE AURELIANO MACHADO, 120 Qd.N/C Lt.N/C N/ |           |                       |                             |               |                    |                   | BRAZABRANTES  |                    | GO                 |                   |  |

**HISTÓRICO DA OPERAÇÃO**

|                                                                     |                             |            |           |           |              |           |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|-----------|-----------|--------------|-----------|
| 27. Item                                                            | 28. Especificação           | 29. Código | 30. Unid. | 31. Qtde. | 32. Unitário | 33. Total |
|                                                                     | Data do Empenho: 22/01/2024 |            |           |           |              |           |
|                                                                     | PROCESSO 202400010004588    |            |           |           |              |           |
| .                                                                   |                             |            |           |           |              |           |
| Emenda Parlamentar Impositiva Número: 1269 Município: BRAZABRANTES  |                             |            |           |           |              |           |
| Deputado: BRUNO PEIXOTO Objeto da Emenda: Custeio na Área da Saúde. |                             |            |           |           |              |           |
| .                                                                   |                             |            |           |           |              |           |
| PDF 2024285001175 DAOF 1186/2024 RD 83/2024 (SEI 58076930).         |                             |            |           |           |              |           |
| .                                                                   |                             |            |           |           |              |           |
| REFERENCIA.....VALOR                                                |                             |            |           |           |              |           |
| EMENDA/BRAZABRANTES.....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 |  |
| BB - INHUMAS                            |  |  |  | 0001/00496-0                         |  | 00000583340       |  |

|                                |         |        |  |        |  |          |                         |
|--------------------------------|---------|--------|--|--------|--|----------|-------------------------|
| CLASSIFI-<br>CAÇÃO<br>CONTÁBIL | 40.     | *****0 |  | *****0 |  | 42. Nota | 43. Total dos Descontos |
|                                | DÉBITO  |        |  |        |  |          | *****0,00               |
| CLASSIFI-<br>CAÇÃO<br>CONTÁBIL | 41.     | *****0 |  | *****0 |  | 42. Nota | 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>05/06/2024 |  |
| 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 |  |                                            |  |                       |  |