



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

|        |                     |         |
|--------|---------------------|---------|
| 1.Tipo | 2.Documento         | 3.Folha |
| 05     | OP 'Restos a Pagar' | 1/1     |

|                                     |           |                       |                             |               |  |                    |              |                    |             |                    |        |
|-------------------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------------|---------------|--|--------------------|--------------|--------------------|-------------|--------------------|--------|
| 4. Data de Emissão                  |           | 5. Dotação Compactada |                             | 6. Tipo da NE |  | 7. Nº do Documento |              | 8. Tipo do Crédito |             | 9. Saldo Anterior  |        |
| 07022025                            |           | 2024.2850.188         |                             | 1-ORD.        |  | 00349 001          |              | 1-ORC.             |             | *****500.000,00    |        |
| 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        | *****500.000,00    |        |
| 18. Titular do Crédito Orçamentário |           |                       |                             |               |  | 19. Nº do Processo |              |                    | 20. Parcela | 21. Saldo Atual    |        |
| FUNDO ESTADUAL DE SAUDE- FES        |           |                       |                             |               |  | 202400010013585    |              |                    | *****       | *****0,00          |        |
| 22. Beneficiário ou Recolhedor      |           |                       |                             |               |  |                    |              |                    |             | 23. CPF ou CNPJ    |        |
| FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE            |           |                       |                             |               |  |                    |              |                    |             | 07.804.588/0001-85 |        |
| 24. Endereço                        |           |                       |                             |               |  |                    |              | 25. Município      |             |                    | 26. UF |
| PC ILETE BUENO, 285 0-SETOR CENTRAL |           |                       |                             |               |  |                    |              | ITAUCU             |             |                    | GO     |

## HISTÓRICO DA OPERAÇÃO

[illegible]

|                                                                                                 |         |        |                                              |                                      |                         |                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|----------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------|--|
| 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                         |                         | 0000060948X           |  |
| CLASSIFICAÇÃO CONTÁBIL                                                                          | 40.     | *****0 | *****0                                       | 42. Nota                             | 43. Total dos Descontos |                       |  |
|                                                                                                 | DÉBITO  |        |                                              |                                      | *****0,00               |                       |  |
|                                                                                                 | 41.     | *****0 | *****0                                       |                                      | 44. Valor Líquido       |                       |  |
|                                                                                                 | CRÉDITO |        |                                              |                                      | *****500.000,00         |                       |  |
| 45. Valor Líquido do Documento por Extenso                                                      |         |        |                                              |                                      |                         |                       |  |
| quinhentos 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 JUNIOR<br>SECRETÁRIO |                                      |                         | Quitado<br>07/02/2025 |  |
| 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 |         |        |                                              |                                      |                         |                       |  |