



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 |             | 8. Saldo Anterior  |        |
| 16122024                              |           | 2024.2850.187         |                             | 1-ORD.        |  | 00584 002          |              | 1-ORC.             |             | *****191.524,28    |        |
| 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        | *****191.524,28    |        |
| 18 Titular do Crédito Orçamentário    |           |                       |                             |               |  | 19. N° do Processo |              |                    | 20. Parcela | 21. Saldo Atual    |        |
| FUNDO ESTADUAL DE SAUDE- FES          |           |                       |                             |               |  | 202400010014151    |              |                    | *****       | *****0,00          |        |
| 22. Beneficiário ou Recolhedor        |           |                       |                             |               |  |                    |              |                    |             | 23. CPF ou CNPJ    |        |
| FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE IVOLANDIA |           |                       |                             |               |  |                    |              |                    |             | 11.463.194/0001-88 |        |
| 24. Endereço                          |           |                       |                             |               |  |                    |              | 25. Município      |             |                    | 26. UF |
| R JAMEL CECILIO, 192-CENTRO           |           |                       |                             |               |  |                    |              | IVOLANDIA          |             |                    | GO     |

## HISTÓRICO DA OPERAÇÃO

| 27. Item                                                                                                                             | 28. Especificação | 29. Código | 30. Unid. | 31. Qtde. | 32. Unitário | 33. Total |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|-----------|-----------|--------------|-----------|
| Data do Empenho: 03/01/2024                                                                                                          |                   |            |           |           |              |           |
| PROCESSO: 202400010014151 - EBD                                                                                                      |                   |            |           |           |              |           |
| .                                                                                                                                    |                   |            |           |           |              |           |
| Emenda Parlamentar Impositiva Número: 223 Município: IVOLANDIA Deputado: VIR MONDES CRUVINEL FILHO Objeto da Emenda: CUSTEIO .       |                   |            |           |           |              |           |
| .                                                                                                                                    |                   |            |           |           |              |           |
| PDF: 2024285001615. DAOF:01603/2850/2024. REQUISIÇÃO DE DESPESA N° 402/2024 - SES/CEP (59026656)                                     |                   |            |           |           |              |           |
| .                                                                                                                                    |                   |            |           |           |              |           |
| EMENDA/IVOLANDIA.....191.524,28                                                                                                      |                   |            |           |           |              |           |
| .                                                                                                                                    |                   |            |           |           |              |           |
| Total a Pagar: 191.524,28                                                                                                            |                   |            |           |           |              |           |
| .                                                                                                                                    |                   |            |           |           |              |           |
| <div style="text-align: right;">           **<br/>           **<br/>           **<br/>           **<br/>           **         </div> |                   |            |           |           |              |           |

|                                                                                                 |     |        |                                            |                                      |                         |                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|--------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------|--|
| 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 - AG. IPORA                                                                                  |     |        |                                            | 0001/00632-7                         |                         | 00000473928           |  |
| CLASSIFICAÇÃO CONTÁBIL                                                                          | 40. | *****0 | *****0                                     | 42. Nota                             | 43. Total dos Descontos |                       |  |
|                                                                                                 | 41. | *****0 | *****0                                     |                                      | *****0,00               |                       |  |
|                                                                                                 |     |        |                                            |                                      | 44. Valor Líquido       |                       |  |
|                                                                                                 |     |        |                                            |                                      | *****191.524,28         |                       |  |
| 45. Valor Líquido do Documento por Extenso                                                      |     |        |                                            |                                      |                         |                       |  |
| cento e noventa e um mil, quinhentos e vinte e quatro reais e vinte e oito c                    |     |        |                                            |                                      |                         |                       |  |
| entavos                                                                                         |     |        |                                            |                                      |                         |                       |  |
| *****                                                                                           |     |        |                                            |                                      |                         |                       |  |
| 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>17/12/2024 |  |
| 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 |     |        |                                            |                                      |                         |                       |  |