



**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  |        |
| 26062024                             |           | 2024.2850.187         |                             | 1-ORD.        |  | 00391 001          |              | 1-ORC.             |             | *****800.000,00    |        |
| 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        | *****800.000,00    |        |
| 18 Titular do Crédito Orçamentário   |           |                       |                             |               |  | 19. N° do Processo |              |                    | 20. Parcela | 21. Saldo Atual    |        |
| FUNDO ESTADUAL DE SAUDE- FES         |           |                       |                             |               |  | 202400010026947    |              |                    | *****       | *****0,00          |        |
| 22. Beneficiário ou Recolhedor       |           |                       |                             |               |  |                    |              |                    |             | 23. CPF ou CNPJ    |        |
| FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SILVANIA |           |                       |                             |               |  |                    |              |                    |             | 10.476.288/0001-29 |        |
| 24. Endereço                         |           |                       |                             |               |  |                    |              | 25. Município      |             |                    | 26. UF |
| *****                                |           |                       |                             |               |  |                    |              | *****              |             |                    | **     |

### HISTÓRICO DA OPERAÇÃO

| 27. Item | 28. Especificação                                                                                        | 29. Código | 30. Unid. | 31. Qtde. | 32. Unitário | 33. Total |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|-----------|--------------|-----------|
|          | Data do Empenho: 03/01/2024                                                                              |            |           |           |              |           |
|          | PROCESSO SEI Nº 202400010026947 - MC                                                                     |            |           |           |              |           |
| .        | Emenda Parlamentar Impositiva Número: 1492                                                               |            |           |           |              |           |
|          | Município: SILVÂNIA - GO                                                                                 |            |           |           |              |           |
|          | Deputado: GUGU NADER                                                                                     |            |           |           |              |           |
|          | Objeto da Emenda: custeio                                                                                |            |           |           |              |           |
| .        | PDF: 2024285002120, DAOF: 2032/2850, RD 431 (59098505).                                                  |            |           |           |              |           |
| .        | PAGAMENTO CONFORME PORTARIA Nº 1336, de 03 de junho de 2024 e DESPACHO Nº 18<br>43/2024/SES/SPAIS-03083. |            |           |           |              |           |
| .        | TOTAL: R\$ 800.000,00                                                                                    |            |           |           |              |           |
|          |                                                                                                          |            |           | **        |              |           |
|          |                                                                                                          |            |           | **        |              |           |
|          |                                                                                                          |            |           | **        |              |           |
|          |                                                                                                          |            |           | **        |              |           |

|                                                                                                 |         |        |                                            |                                      |                         |                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|--------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------|--|
| 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 - SILVANIA                                                                                  |         |        |                                            | 0104/01850-3                         |                         | 06000712357           |  |
| CLASSIFICAÇÃO CONTÁBIL                                                                          | 40.     | *****0 | *****0                                     | 42. Nota                             | 43. Total dos Descontos |                       |  |
|                                                                                                 | DÉBITO  |        |                                            |                                      | *****0,00               |                       |  |
|                                                                                                 | 41.     | *****0 | *****0                                     |                                      | 44. Valor Líquido       |                       |  |
|                                                                                                 | CRÉDITO |        |                                            |                                      | *****800.000,00         |                       |  |
| 45. Valor Líquido do Documento por Extenso                                                      |         |        |                                            |                                      |                         |                       |  |
| oitocentos 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>26/06/2024 |  |
| 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 |         |        |                                            |                                      |                         |                       |  |