



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 Nº do Documento  |              | 8. Tipo do Crédito |             | 9. Saldo Anterior  |        |
| 23102024                              |           | 2024.2850.188         |                             | 1-ORD.        |  | 00319 001          |              | 1-ORC.             |             | *****200.000,00    |        |
| 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        | *****200.000,00    |        |
| 18 Titular do Crédito Orçamentario    |           |                       |                             |               |  | 19. Nº do Processo |              |                    | 20. Parcela | 21. Saldo Atual    |        |
| FUNDO ESTADUAL DE SAUDE- FES          |           |                       |                             |               |  | 202400010042141    |              |                    | *****       | *****0,00          |        |
| 22. Beneficiário ou Recolhedor        |           |                       |                             |               |  |                    |              |                    |             | 23. CPF ou CNPJ    |        |
| FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ARAGUAPAZ |           |                       |                             |               |  |                    |              |                    |             | 11.238.287/0001-09 |        |
| 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: 06/01/2024                                                                       |            |           |           |              |           |
|          | PROCESSO: 202400010042141 EBD                                                                     |            |           |           |              |           |
|          | Emenda Parlamentar Impositiva Número: 1540                                                        |            |           |           |              |           |
|          | Município: ARAGUAPAZ                                                                              |            |           |           |              |           |
|          | Deputado: AMILTON FILHO                                                                           |            |           |           |              |           |
|          | Objeto da Emenda: INVESTIMENTO                                                                    |            |           |           |              |           |
|          | PDF: 2024285003625. DAOF.03076/2850/2024. REQUISIÇÃO DE DESPESA N° 728/2024 - SES/CEP (61339556). |            |           |           |              |           |
|          | EMENDA/ARAGUPAZ....200.000,00                                                                     |            |           |           |              |           |
|          | Total a Pagar: 200.000,00                                                                         |            |           |           |              |           |
|          | ***                                                                                               |            |           |           |              |           |
|          | ***                                                                                               |            |           |           |              |           |
|          | ***                                                                                               |            |           |           |              |           |

|                                            |                                                                                                 |                                            |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 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 - MOZARLANDIA                           | 0001/01806-6                                                                                    | 00000363413                                |
| 40. DÉBITO                                 | 42. Nota                                                                                        | 43. Total dos Descontos                    |
| *****0 *****0                              |                                                                                                 | *****0,00                                  |
| 41. CRÉDITO                                |                                                                                                 | 44. Valor Líquido                          |
| *****0 *****0                              |                                                                                                 | *****200.000,00                            |
| 45. Valor Líquido do Documento por Extenso | 46. Visto do Chefe                                                                              | 47. Visto do Ordenador/Executor da Despesa |
| duzentos mil reais                         | THALLES PAULINO DE AVILA<br>SUP. GESTÃO INTEGRADA                                               | RASIVEL DOS REIS SANTOS JU<br>SECRETÁRIO   |
| *****                                      | 47. Análise do Tribunal                                                                         | 48. 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 |                                            |
|                                            |                                                                                                 | 50. Quitação/Recibo                        |
|                                            |                                                                                                 | Quitado<br>23/10/2024                      |