

ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Endereço:  
Cidade: SÃO JOÃO DO ARRAIAL  
CNPJ Nº : 11.504.416/0001-63

2024

NOTA DE EMPENHO Nº 1001009

| CÓDIGO                | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA                  | SALDO ANTERIOR   | EMPENHADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA EMPENHO | SALDO ATUAL      |
|-----------------------|---|------------------|----------------------|---------------------|------------------|
| 02                    | PODER EXECUTIVO                                     |                  |                      |                     |                  |
| 03                    | SECRETARIA DE SAÚDE                                 |                  |                      |                     |                  |
| 03.01                 | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS                      |                  |                      |                     |                  |
| 10.301.0020.2160.0000 | Manutenção dos serviços municipais de saúde         |                  |                      |                     |                  |
| <b>3 3 90 36</b>      | <b>OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA</b> |                  |                      |                     |                  |
| <b>3.3.90.36.19</b>   | <b>MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS</b>     |                  |                      |                     |                  |
|                       |   | <b>82.267,60</b> | <b>917.732,40</b>    | <b>520,00</b>       | <b>81.747,60</b> |

FICHA: 196 DATA: 01/10/2024 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com FONTE DE RECURSO:500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR..: Ana Maria França de Sousa

CNPJ/CPF: 017.341.633-05

CÓDIGO: 12120 CIDADE: São João do Arraial F.: PI

ENDEREÇO: Localidade Alagadiço

Nº BAIRRO:

**Discriminação do Material e/ou Serviço..:**

Valor empenhado referente a 5 dias trabalhados em serviços de manutenção/faxina na sede da secretaria municipal de saúde.

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS

Aplicação: Saúde - Despesas com ASPS

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

520,00

Valor por Extenso:

quinhentos e vinte reais \*\*\*\*\*

Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

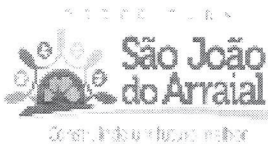
EMPENHO AUTORIZADO EM:01/10/2024

  
JOAO ZILTON DE MELO LIMA  
SECRETÁRIO DE SAÚDE

O VALOR REFERENTE A ESTE EMPENHO, FOI DEVIDAMENTE DEDUZIDO DO CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO.

EMPENHADO EM: 01/10/2024

  
Carlos Roberto dos Santos Nascimento  
Secretário de Administração e Finanças



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

11.504.416/0001-63

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 1001009 SUBEMPENHO N° 1

|                       |            |                  |             |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 | FICHA: 196 | DATA: 01/10/2024 | REQUISIÇÃO: |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 01/10/2024

Fornecedor: 12120 Ana Maria França de Sousa CPF/CNPJ :017.341.633-05  
ENDEREÇO: Localidade Alagadiço São João do Arraial

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

Valor empenhado referente a 5 dias trabalhados em serviços de manutenção/faxina na sede da secretaria municipal de saúde.

VALOR BRUTO  
520,00  
DESCONTOS  
15,60

OR - Ordinário

VALOR A PAGAR 504,40

| CÓDIGO   | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA   |
|--|--|
| 02<br>02 03 15,6<br>10.301.0020.2160.0000<br>3.3.90.36.19<br>Desdobro 19 | PODER EXECUTIVO<br>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS<br>Manutenção dos serviços municipais de saúde<br>OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA<br>MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS |

| VALOR DO EMPENHO | LIQUIDADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO | SALDO A LIQUIDAR |
|------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| 520,00           | 520,00               | 520,00                 | 0,00             |

VALOR A SER PAGO R\$ 504,40

quinhentos e quatro reais e quarenta centavos \* \* \* \* \*  
\* \* \* \* \*

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

- Os Serviços Foram Prestados.
- Os Materiais Foram Entregues.
- A Obra Foi Realizada

DESPESA LIQUIDADADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64

SÃO JOÃO DO ARRAIAL 01/10/2024

*Reginalda de Sousa Silva*  
Reginalda de Sousa Silva  
Servidora

A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO OU SUBEMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.

*João Zilton de Melo Lima*  
JOAO ZILTON DE MELO LIMA  
SECRETÁRIO DE SAÚDE



ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI  
CNPJ: 01612609000184

1001609

**DEVE A ANA MARIA FRANÇA DE SOUSA**  
**Endereço LOCALIDADE ALAGADIÇO**

| ESPECIFICAÇÃO  | VALOR  |
|--|--------|
| Dias trabalhados em serviços de manutenção/faxina na sede da Secretaria Municipal de Saúde | 520,00 |

Importa a presente conta na quantia de R\$ 520,00 (Quinhentos e Vinte Reais)

SÃO JOÃO DO ARRAIAL, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
CREDOR

### ORDEN DE PAGAMENTO

Declaro para os devidos fins que:

- os materiais foram recebidos.
- os serviços foram prestados.
- as despesas foram realizadas.
- as obras foram executadas.

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SERVIDOR

Autorizo o pagamento, atendidas as formalidades legais.

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ORDENADOR DA DESPESA

### RECIBO

| Valor Bruto | ISS   | INSS | IRRF | Outros | Valor Líquido |
|-------------|-------|------|------|--------|---------------|
| 520,00      | 15,60 | 0,00 | 0,00 | 0,00   | 504,40        |

Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 504,40 (Quinhentos e Quatro Reais E Quarenta Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_

Conta N° \_\_\_\_\_

Cheque \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TESOUREIRO

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CREDOR

CPF: 017.341.633-05



ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL  
AVENIDA VICENTE AUGUSTO  
CEP 64.155-000 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI  
CNPJ 01612609000184

Nota Fiscal de Serviço Avulso

Nº 103733

Data de Emissão: 01/10/2024

**PRESTADOR DO SERVIÇO**

NOME: ANA MARIA FRANÇA DE SOUSA  
ENDEREÇO: LOCALIDADE ALAGADIÇO  
CIDADE: MATIAS OLÍMPIO - PI  
ATIVIDADE: SERVIÇOS DIVERSOS  
RG/INSC. EST.: CPF/CNPJ: 017.341.633-05

**USUÁRIO DO SERVIÇO**

NOME: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ENDEREÇO: AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556  
CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI  
ATIVIDADE:  
RG/INSC. EST.: CPF/CNPJ: 01.612.609/0001-84

| QTD. | UNID. | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS   | UNITÁRIO     | TOTAL         |
|------|-------|--|--------------|---------------|
| 1    | uni   | Dias trabalhados em serviços de manutenção/faxina na sede da Secretaria Municipal de Saúde | 520,00       | 520,00        |
|      |       |  |              |               |
|      |       |  |              |               |
|      |       |  |              |               |
|      |       |  | <b>TOTAL</b> | <b>520,00</b> |

Quinhentos e Vinte Reais

|            |        |          |     |     |       |
|------------|--------|----------|-----|-----|-------|
| VALOR BASE | 520,00 | ALÍQUOTA | 3 % | ISS | 15,60 |
|------------|--------|----------|-----|-----|-------|

|                        |              |           |
|------------------------|--------------|-----------|
| ASSINATURA DO EMITENTE | RECOLHIDO EM | MATRÍCULA |
|                        | 01/10/2024   | Nº 2776   |

## Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Gerenciador Financeiro CAIXA

|                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------|
| <b>Emitente:</b>      | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO |
| <b>Conta origem:</b>  | 3834   006   00624010-2         |
| <b>Conta destino:</b> | 3834   013   00037137-2         |

|                                   |                           |
|-----------------------------------|---------------------------|
| <b>Nome destinatário:</b>         | ANA MARIA FRANCA DE SOUSA |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 504,40                |
| <b>Identificação da operação:</b> | IDENTIFICACAO DA TRANSFER |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>        | 01/10/2024          |
| <b>Data/hora da operação:</b> | 01/10/2024 11:08:54 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 53469077         |
| <b>Chave de segurança:</b> | E2ZTWCYU236E3JJ5 |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104