

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 1211037

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				
10.301.0025.2186.0000	Ações do Programa de Saúde da Família-PSF				
<b>3 3 90 36</b>	<b>OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA</b>				
<b>3.3.90.36.06</b>	<b>SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS</b>				
		194.469,00	25.531,00	2.000,00	192.469,00

FICHA: 256 DATA: 11/12/2024 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 999 000 Não se aplica  
FONTE DE RECURSO: 600 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal

CREDOR.: Josiane Freire Furtado Albuquerque

CNPJ/CPF: 009.842.773-31

CÓDIGO: 12303 CIDADE: São João do Arraial PI

ENDEREÇO: Rua Benedito Amaro

Nº 0 BAIRRO: Centro

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

VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO PELOS SERVIÇOS PRESTADOS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

2.000,00

Valor por Extensão:

dois mil reais \*\*\*\*\*

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

  
JOAO ZILTON DE MELO LIMA  
SECRETÁRIO DE SAÚDE

EMPENHO AUTORIZADO EM: 11/12/2024

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

EMPENHADO EM: 11/12/2024

  
Carlos Roberto dos Santos Nascimento  
Secretário de Administração e Finanças

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 1211037 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 256	DATA: 11/12/2024	REQUISIÇÃO:
		DOCUMENTO:	VENCIMENTO: 11/12/2024
Fornecedor: 12303 Josiane Freire Furtado Albuquerque		CPF/CNPJ :009.842.773-31	
ENDEREÇO: Rua Benedito Amaro		São João do Arraial	

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO PELOS SERVIÇOS PRESTADOS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.	VALOR BRUTO 2.000,00  DESCONTOS 60,00
OR - Ordinario	VALOR A PAGAR 1.940,00

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 60 10.301.0025.2186.0000 3.3.90.36.06 Desdobro 06	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Ações do Programa de Saúde da Família-PSF OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
2.000,00	2.000,00	2.000,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$ 1.940,00

um mil, novecentos e quarenta reais \* \* \* \* \*

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

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

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

SÃO JOÃO DO ARRAIAL 11/12/2024

*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

1211037

**DEVE A JOSIANE FREIRE FURTADO ALBUQUERQUE**  
**Endereço RUA AMARO CARDOSO, 01 FONE 86 8105-0668**

E S P E C I F I C A Ç Ã O		VALOR			
Serviços de enfermagem prestado na Unidade Básica de Saúde		2.000,00			
Importa a presente conta na quantia de R\$ 2.000,00 (Dois Mil Reais)					
SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.					
_____ CREDOR					
O R D E M D E P A G A M E N T O					
<b>Declaro para os devidos fins que:</b> <input type="checkbox"/> os materiais foram recebidos. <input type="checkbox"/> os serviços foram prestados. <input type="checkbox"/> as despesas foram realizadas. <input type="checkbox"/> as obras foram executadas. Em ____ / ____ / ____		<b>Autorizo o pagamento, atendidas as formalidades legais.</b>  Em ____ / ____ / ____			
_____ SERVIDOR		_____ ORDENADOR DA DESPESA			
R E C I B O					
Valor Bruto	ISS	INSS	IRRF	Outros	Valor Líquido
2.000,00	60,00	0,00	0,00	0,00	1.940,00
Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 1.940,00 (Um Mil Novecentos e Quarenta Reais), correspondente à conta acima especificada.					
Pago em ____ / ____ / ____			Em ____ / ____ / ____		
Banco _____			_____		
Conta N° _____			_____		
Cheque _____			_____		
_____ TESOUREIRO			_____ CREDOR CPF: 009.842.773-31		



## 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   3701   000581986179-1

<b>Nome destinatário:</b>	JOSIANE FREIRE F ALBUQUERQUE
<b>Valor:</b>	R\$ 1.940,00
<b>Identificação da operação:</b>	JOSIANE FREIRE F ALBUQUEQ

<b>Data de débito:</b>	11/12/2024
<b>Data/hora da operação:</b>	11/12/2024 15:47:42

<b>Código da operação:</b>	46695852
<b>Chave de segurança:</b>	UP5EU6ZPYX1R0UMQ

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