

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 1211065

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				
10.301.0025.2176.0000	Manutenção das Ações do Programa NASF				
3 3 90 36	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA				
3.3.90.36.19	MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS				
		41.810,00	8.190,00	750,00	41.060,00

FICHA: 225 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.: ROSILENE PEREIRA DE LIMA

CNPJ/CPF: 953.411.453-72

CÓDIGO: 16160 CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL

ENDEREÇO: RUA ASSEMBLÉIA DE DEUS

Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO DO NASF.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

750,00

Valor por Extenso:

setecentos e cinquenta reais *****

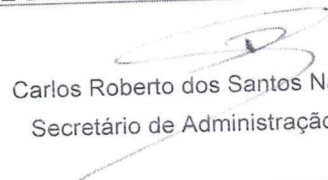
Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

EMPENHO AUTORIZADO EM: 11/12/2024


JOÃO ZILTON DE MELO LIMA
SECRETÁRIO DE SAÚDE

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° 1211065 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 FICHA: 225 DATA: 11/12/2024 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 11/12/2024

Fornecedor: 16160 ROSILENE PEREIRA DE LIMA CPF/CNPJ :953.411.453-72
 ENDEREÇO: RUA ASSEMBLÉIA DE DEUS SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO DO NASF.	VALOR BRUTO 750,00 DESCONTOS 22,50
OR - Ordinario	VALOR A PAGAR 727,50

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 22,5 10.301.0025.2176.0000 3.3.90.36.19 Desdobro 19	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Manutenção das Ações do Programa NASF OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
750,00	750,00	750,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$ 727,50
 setecentos e vinte e sete reais e cinquenta centavos * * * * *
 * * * * *

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
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL
AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
CNPJ: 11504416000163

1211065

DEVE A ROSILENE PEREIRA DE LIMA
Endereço RUA ASSEMBLÉIA DE DEUS, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Dias trabalhados na na manutenção do NASF	750,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 750,00 (Setecentos e Cinquenta 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
750,00	22,50	0,00	0,00	0,00	727,50

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 727,50 (Setecentos e Vinte e Sete Reais E Cinquenta Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____ / ____ / ____
Banco _____
Conta N° _____
Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____ / ____ / ____

CREDOR

CPF: 953.411.453-72

Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Gerenciador Financeiro CAIXA

Emitente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO
Conta origem:	3834 006 00624010-2
Conta destino:	3834 1288 000837861113-0

Nome destinatário:	ROSILENE PEREIRA DE LIMA
Valor:	R\$ 727,50
Identificação da operação:	ROSILENE PEREIRA DE LIMA

Data de débito:	11/12/2024
Data/hora da operação:	11/12/2024 15:36:54

Código da operação:	45451421
Chave de segurança:	S1JXH7GJNH866KJ6

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