

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 1217005

| 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 1 90 16</b>      | <b>OUTRAS DESPESAS VARIÁVEIS - PESSOAL CIVIL</b> |                |                      |                     |             |
| <b>3.1.90.16.44</b>   | <b>SERVICOS EXTRAORDINARIOS</b>                  |                |                      |                     |             |
|                       |  | 5.446,71       | 222.553,29           | 424,29              | 5.022,42    |

FICHA: 177 DATA: 17/12/2024 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.: FOPAG - GRATIFICAÇÃO SAÚDE BUCAL

CNPJ/CPF: CÓDIGO: 16443 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL PI  
ENDEREÇO: Nº BAIRRO:

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

VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DA FOLHA DA GRATIFICAÇÃO SAÚDE BUCAL, REF; AO MÊS DE NOVEMBRO DE 2024.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

**VALOR TOTAL...: 424,29**

Valor por Extenso:

**quatrocentos e vinte e quatro reais e vinte e nove centavos \*\*\*\*\***

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: 17/12/2024

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

EMPENHADO EM: 17/12/2024

  
Carlos Roberto dos Santos Nascimento  
Secretário de Administração e Finanças

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

|            |         |               |   |
|------------|---------|---------------|---|
| EMPENHO N° | 1217005 | SUBEMPENHO N° | 1 |
|------------|---------|---------------|---|

|                     |   |            |                  |             |
|---------------------|---|------------|------------------|-------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO: | 1 | FICHA: 177 | DATA: 17/12/2024 | REQUISIÇÃO: |
|---------------------|---|------------|------------------|-------------|

|            |                        |
|------------|------------------------|
| DOCUMENTO: | VENCIMENTO: 17/12/2024 |
|------------|------------------------|

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| Fornecedor: 16443 FOPAG - GRATIFICAÇÃO SAÚDE BUCAL | CPF/CNPJ :<br>SAO JOAO DO ARRAIAL |
| ENDERECO:  |                                   |

|  |  |
|--|--|
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO<br>VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DA FOLHA DA GRATIFICAÇÃO SAÚDE BUCAL, REF: AO MÊS DE NOVEMBRO DE 2024. | VALOR BRUTO<br>424,29<br><br>DESCONTOS<br>0,00 |
|--|--|

|                |               |        |
|----------------|---------------|--------|
| OR - Ordinario | VALOR A PAGAR | 424,29 |
|----------------|---------------|--------|

| CÓDIGO  | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA  |
|---|---|
| 02<br>02 03 0<br>10.301.0020.2160.0000<br>3.1.90.16.44<br>Desdobro 44 | PODER EXECUTIVO<br>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS<br>Manutenção dos serviços municipais de saúde<br>OUTRAS DESPESAS VARIÁVEIS - PESSOAL CIVIL<br>SERVICOS EXTRAORDINARIOS |

| VALOR DO EMPENHO | LIQUIDADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO | SALDO A LIQUIDAR |
|------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| 424,29           | 424,29               | 424,29                 | 0,00             |

|  |
|--|
| VALOR A SER PAGO R\$<br>424,29<br>quatrocentos e vinte e quatro reais e vinte e nove centavos * * * * *<br>* * * * * |
|--|

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 17/12/2024

*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

12/7005

**PREFEITURA MUNICIPAL SÃO JOÃO DO ARRAIAL-PI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Repasse da Gratificação por desempenho da Saúde Bucal na Atenção Primária, nos Termos da Portaria GM/MS Nº 960, de 17 DE julho de 2023, do Ministério Da Saúde e Lei Municipal nº 332/2023, de 23 de novembro de 2023 - Correspondente ao Mês de novembro de 2024

| Ord. | Nome                             | Cargo                  | CPF            | Banco | Agência | Conta    | TOTAL  | Assinatura |
|------|----------------------------------|------------------------|----------------|-------|---------|----------|--------|------------|
| 01   | Maria da Conceição Carvalho Lima | Técnica em Saúde Bucal | 025.406.443-41 | BB    | 2048-6  | 20.668-7 | 424,29 | 424,29     |

Importa a presente folha de pagamento em R\$ 424,29 (Quatrocentos vinte e quatro reais e vinte e nove centavos)

São João do Arraial-PI, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2024

|                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| <b>Tipo de TED:</b>    | TED para terceiros              |
| <b>Conta origem:</b>   | 3834 / 006 / 00624010-2         |
| <b>Tipo de conta:</b>  | 01 - Conta Corrente             |
| <b>Tipo de pessoa:</b> | JURÍDICA                        |
| <b>Nome:</b>           | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO |
| <b>CPF/CNPJ:</b>       | 11.504.416/0001-63              |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Banco:</b>                     | 001 - BCO DO BRASIL S.A. 00000000 - 00000000 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                          |
| <b>Conta destino:</b>             | 2048 / 00000020668-7                         |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | FÍSICA                                       |
| <b>Nome:</b>                      | MARIA DA CONCEICAO CARVALHO LIMA             |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 025.406.443-41                               |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 424,29                                   |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 12,00                                    |
| <b>Finalidade:</b>                | 10 - Crédito em Conta                        |
| <b>Identificação da operação:</b> | MARIA DA CONCEICAO CARVAL                    |
| <b>Histórico:</b>                 |  |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 17/12/2024          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 17/12/2024 12:18:03 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00110607         |
| <b>Chave de segurança:</b> | HUGN9EZZEAW6QC5A |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

A16 CAIXA: 0800 104 0104