

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

2025

NOTA DE EMPENHO Nº 124003

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA		
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		
3 3 90 36	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA		
3.3.90.36.30	SERVICOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS		
SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
980.000,00	0,00	4.000,00	976.000,00

FICHA: 198 DATA: 24/01/2025

CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 999 000 Não se aplica

FONTE DE RECURSO: 600 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Fede

CREDOR.: **LIGIA GABRIELA AMORIM ROCHA FONTINELE**

CNPJ/CPF: 077.016.543-56

CÓDIGO: 17026

CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL

ENDEREÇO: RUA VEREADOR RAMOS

Nº 774

BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS EM PLANTÕES EM ATENDIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CENTRAL.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: **OR - Ordinário**

VALOR TOTAL....:

4.000,00

Valor por Extensão:

quatro mil reais *****

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 24/01/2025

BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 24/01/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA
Secretária de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 124003 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 198	DATA: 27/01/2025	REQUISIÇÃO:
-----------------------	------------	------------------	-------------

DOCUMENTO:

VENCIMENTO: 27/01/2025

Fornecedor: 17026 LIGIA GABRIELA AMORIM ROCHA FONTINELE
ENDEREÇO: RUA VEREADOR RAMOS

CPF/CNPJ :077.016.543-56
SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

REFERENTE A SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS EM PLANTÕES EM ATENDIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CENTRAL.

VALOR BRUTO

4.000,00

DESCONTOS

357,23

OR - Ordinário

VALOR A PAGAR

3.642,77

CÓDIGO

CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA

02
02 03 357,23
10.301.0020.2160.0000
3.3.90.36.30
Desdobro 30

PODER EXECUTIVO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
Manutenção dos serviços municipais de saúde
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA
SERVICOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS

VALOR DO EMPENHO

LIQUIDADO ATÉ A DATA

VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO

SALDO A LIQUIDAR

4.000,00

4.000,00

4.000,00

0,00

VALOR A SER PAGO R\$

3.642,77

três mil, seiscentos e quarenta e dois reais e setenta e sete 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 27/01/2025

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.

Benedita Vilma Lima
BENEDITA VILMA LIMA
Secretária 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

124003

DEVE A **LIGIA GABRIELA AMORIM ROCHA FONTINELE**

Endereço **RUA VEREADOR RAMOS, 774**

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços médicos prestados em plantões em atendimento na Unidade Básica de Saúde Central	4.000,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 4.000,00 (Quatro Mil 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
4.000,00	120,00	0,00	237,23	0,00	3.642,77

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 3.642,77 (Três Mil Seiscentos e Quarenta e Dois Reais E Setenta e Sete Centavos), correspondente à conta acima especificada.

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

Em ____/____/____

TESOUREIRO

CREDOR
CPF: 077.016.543-56



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 106773

Data de Emissão: 24/01/2025

PRESTADOR DO SERVIÇO					
NOME:	LIGIA GABRIELA AMORIM ROCHA FONTINELE				
ENDEREÇO:	RUA VEREADOR RAMOS, 774				
CIDADE:	ESPERANTINA - PI				
ATIVIDADE:	MEDICA				
RG/INSC. EST.:	CPF/CNPJ: 077.016.543-56				
USUÁRIO DO SERVIÇO					
NOME:	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAO JOÃO DO ARRAIAL				
ENDEREÇO:	AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556				
CIDADE:	SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI				
ATIVIDADE:					
RG/INSC. EST.:	CPF/CNPJ: 11.504.416/0001-63				
QTD.	UNID.	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	UNITÁRIO	TOTAL	
1	uni	Serviços médicos prestados em plantões em atendimento na Unidade Básica de Saúde Central	4.000,00	4.000,00	
			TOTAL	4.000,00	
Quatro Mil Reais					
VALOR BASE	4.000,00	ALÍQUOTA	3 %	ISS	120,00
ASSINATURA DO EMITENTE		RECOLHIDO EM	MATRÍCULA		
		24/01/2025	Nº 5702		

Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

Banco:	033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A. 0000000 - 90400888
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	3313 / 00001093804-5
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	LIGIA GABRIELA AMORIM ROCHA FONTINELE
CPF/CNPJ:	077.016.543-56
Valor:	R\$ 3.642,77
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	LIGIA GABRIELA AMORIM ROC
Histórico:	

Data de débito:	27/01/2025
Data / Hora da operação:	27/01/2025 11:42:25

Código da operação: 00103420

Chave de segurança: 2PVAM6XWN7492MUC

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

Alô CAIXA: 0800 104 0104