

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 130007

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		
3.3.90.36.06		SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS		
SALDO ANTERIOR		EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
994.214,00		5.785,00	1.000,00	993.214,00

FICHA: 197 DATA: 30/01/2025 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com
FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR.: **Benedita Vilma Lima**

CNPJ/CPF: 446.218.763-68

CÓDIGO: 12947

CIDADE: São João do Arraial PI

ENDEREÇO: Av. Vicente Augusto

Nº 0

BAIRRO: Centro

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

REFERENTE A DESPESA COM SUPRIMENTO DE FUNDO QUE NÃO PODEM SUBORDINAR-SE AO PROCESSO NORMAL DE APLICAÇÃO

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS

Aplicação: Saúde - Despesas com ASPS

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

1.000,00

Valor por Extenso:

um mil reais *****

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 30/01/2025

BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 30/01/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA
Secretária de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N°

130007

SUBEMPENHO N°

1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1

FICHA: 197

DATA: 30/01/2025

REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO:

VENCIMENTO: 30/01/2025

Fornecedor: 12947 Benedita Vilma Lima

CPF/CNPJ :446.218.763-68

ENDEREÇO: Av. Vicente Augusto

Sao Joao do Arraial

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

REFERENTE A DESPESA COM SUPRIMENTO DE FUNDO QUE NÃO PODEM SUBORDINAR-SE AO PROCESSO NORMAL DE APLICAÇÃO

VALOR BRUTO

1.000,00

DESCONTOS

0,00

OR - Ordinário

VALOR A PAGAR

1.000,00

CÓDIGO

CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA

02
02 03 0
10.301.0020.2160.0000
3.3.90.36.06
Desdobro 06

PODER EXECUTIVO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
Manutenção dos serviços municipais de saúde
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA
SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS

VALOR DO EMPENHO

LIQUIDADO ATÉ A DATA

VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO

SALDO A LIQUIDAR

1.000,00

1.000,00

1.000,00

0,00

VALOR A SER PAGO R\$

um mil 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 30/01/2025

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.

Blum
BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde



ESTADO DO PIAUÍ

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL

AVENIDA VICENTE AUGUSTO - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - ESTADO DO PIAUÍ

CNPJ: 01.612.609/0001-84

730007

DEVE A BENEDITA VILMA LIMA**Endereço** AV. VICENTE AUGUSTO, 810 FONE 86 8117-2078

E S P E C I F I C A Ç Ã O		VALOR			
Referente a despesa com suprimento de fundo que não podem subordinar-se ao processo normal de aplicação		1.000,00			
Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.000,00 (Um 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					
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			
R E C I B O					
Valor Bruto	ISS	INSS	IRRF	Outros	Valor Líquido
1.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.000,00
Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - ESTADO DO PIAUÍ, a quantia líquida de R\$ 1.000,00 (Um Mil Reais), correspondente à conta acima especificada.					
Pago em ____/____/____ Banco _____ Conta N° _____ Cheque _____ _____ TESOUREIRO		Em ____/____/____ _____ CREDOR CPF: 446.218.763-68			

30/01/2025 - BANCO DO BRASIL - 12:07:10
204802048 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: PM SAO JOAO ARRAIAL -FUS

AGENCIA: 2048-6 CONTA: 11.090-6

=====

DATA DA TRANSFERENCIA 30/01/2025

NR. DOCUMENTO 553.506.000.023.800

VALOR TOTAL 1.000,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BENEDITA VILMA LIMA

AGENCIA: 3506-8 CONTA: 23.800-7

NR. DOCUMENTO 552.048.000.011.090

=====

NR.AUTENTICACAO 1.C0C.CB2.DD0.E2E.623