

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 211027

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA	SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES 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				
3 3 90 36	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA				
3.3.90.36.06	SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS				
		177.696,00	42.504,00	2.000,00	175.696,00

FICHA: 255 DATA: 11/02/2025 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.: **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 pagamento na cobertura da licença de servidora Cleia de Moraes Bezerra de Mello, enfermeira deste município.

Fonte de Recursos: Não se aplica Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

2.000,00

Valor por Extenso:

dois mil reais *****

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 11/02/2025

BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 11/02/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA
Secretária de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N°	211027	SUBEMPENHO N°	1
------------	--------	---------------	---

NOTA DE LIQUIDAÇÃO:	1	FICHA: 255	DATA: 11/02/2025	REQUISIÇÃO:
---------------------	---	------------	------------------	-------------

DOCUMENTO:	VENCIMENTO: 11/02/2025
------------	------------------------

Fornecedor: 12303 Josiane Freire Furtado Albuquerque	CPF/CNPJ :009.842.773-31
ENDEREÇO: Rua Benedito Amaro	São João do Arraial

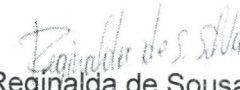
DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO Valor empenhado para pagamento na cobertura da licença de servidora Cleia de Moraes Bezerra de Mello, efermeira deste município.	VALOR BRUTO 2.000,00 DESCONTOS 60,00
--	---

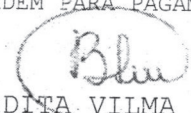
OR - Ordinário	VALOR A PAGAR	1.940,00
----------------	---------------	----------

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02	PODER EXECUTIVO
02 03 60	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
10.301.0025.2186.0000	Ações do Programa de Saúde da Família-PSF
3.3.90.36.06	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA
Desdobro 06	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: <input type="checkbox"/> Os Serviços Foram Prestados. <input type="checkbox"/> Os Materiais Foram Entregues. <input type="checkbox"/> A Obra Foi Realizada	DESPESA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64 SÃO JOÃO DO ARRAIAL 11/02/2025  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 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

211027

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

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Cobertura da servidora licenciada, enfermeira Cleia de Moraes Bezerra de Mello	2.000,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 2.000,00 (Dois Mil Reais)

SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.

 CREDOR

ORDEN DE PAGAMENTO

Declaro para os devidos fins que: <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 ____ / ____ / ____ _____ SERVIDOR	Autorizo o pagamento, atendidas as formalidades legais. Em ____ / ____ / ____ _____ ORDENADOR DA DESPESA
---	---

RECIBO

Valor Bruto	ISS	INSS	IRRF	Outros	Valor Líquido
2.000,00	60,00	0,00	0,00	0,00	1.940,00

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 1.940,00 (Um Mil Novecentos e Quarenta Reais), correspondente à conta acima especificada.

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

 TESOUREIRO

Em ____ / ____ / ____

 CREDOR
 CPF: 009.842.773-31



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

N° 107064

Data de Emissão: 11/02/2025

PRESTADOR DO SERVIÇO

NOME: JOSIANE FREIRE FURTADO ALBUQUERQUE
ENDEREÇO: RUA AMARO CARDOSO, 01 FONE 86 8105-0668
CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL - PI
ATIVIDADE: ENFERMEIRA
RG/INSC. EST.: CPF/CNPJ: 009.842.773-31

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	Cobertura da servidora licenciada, enfermeira Cleia de Moraes Bezerra de Mello	2.000,00	2.000,00
			TOTAL	2.000,00
Dois Mil Reais				

VALOR BASE	2.000,00	ALÍQUOTA	3 %	ISS	60,00
------------	----------	----------	-----	-----	-------

ASSINATURA DO EMITENTE	RECOLHIDO EM	MATRÍCULA
	11/02/2025	N° 3268

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 3701 000581986179-1

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

Data de débito:	11/02/2025
Data/hora da operação:	11/02/2025 15:41:36

Código da operação:	72583353
Chave de segurança:	QTEL2LG378NUKU96

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104