

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 211028

CÓDIGO		CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA	
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	
SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
175.696,00	44.304,00	2.000,00	173.696,00

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.: **Fagner Ramos Bezerra**

CNPJ/CPF: 007.068.533-93

CÓDIGO: 13363 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL PI

ENDEREÇO: Av. Vicente Augusto

Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

Valor empenhado para pagamento pelos serviços de enfermagem prestados na unidade básica de saúde.

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° 211028 SUBEMPENHO N° 1

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

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 11/02/2025

Fornecedor: 13363 Fagner Ramos Bezerra CPF/CNPJ :007.068.533-93
 ENDEREÇO: Av. Vicente Augusto SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO
 Valor empenhado para pagamento pelos serviços de enfermagem prestados na unidade básica de saúde.

VALOR BRUTO	2.000,00
DESCONTOS	60,00

OR - Ordinario 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:

- 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 11/02/2025


 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

211028

DEVE A FAGNER RAMOS BEZERRA
Endereço QUADRA 02 CASA 02

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços de enfermagem prestado na Unidade Básica de Saúde	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

<p>Declaro para os devidos fins que:</p> <p><input type="checkbox"/> os materiais foram recebidos.</p> <p><input type="checkbox"/> os serviços foram prestados.</p> <p><input type="checkbox"/> as despesas foram realizadas.</p> <p><input type="checkbox"/> as obras foram executadas.</p> <p>Em ____ / ____ / ____</p> <p>_____ SERVIDOR</p>	<p align="center">Autorizo o pagamento, atendidas as formalidades legais.</p> <p align="center">Em ____ / ____ / ____</p> <p>_____ ORDENADOR DA DESPESA</p>
---	---

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 ____ / ____ / ____ Em ____ / ____ / ____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

CREDOR
CPF: 007.068.533-93



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° 107066

Data de Emissão: 11/02/2025

PRESTADOR DO SERVIÇO	
NOME:	FAGNER RAMOS BEZERRA
ENDEREÇO:	QUADRA 02 CASA 02
CIDADE:	ESPERANTINA - PI
ATIVIDADE:	
RG/INSC. EST.:	CPF/CNPJ: 007.068.533-93
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 de enfermagem prestado na Unidade Básica de Saúde	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° 3753

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 000591544457-8

Nome destinatário:	FAGNER RAMOS BEZERRA
Valor:	R\$ 1.940,00
Identificação da operação:	FAGNER RAMOS BEZERRA PAGA

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

Código da operação:	72521768
Chave de segurança:	MT849W41LS5HMQ1N

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