

ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL



**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

Endereço:  
Cidade: SÃO JOÃO DO ARRAIAL  
CNPJ Nº : 11.504.416/0001-63

2025

NOTA DE EMPENHO Nº 211032

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				
10.301.0025.2186.0000	Ações do Programa de Saúde da Família-PSF				
<b>3 3 90 36</b>	<b>OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA</b>				
<b>3.3.90.36.06</b>	<b>SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS</b>				
		<b>168.660,00</b>	<b>51.340,00</b>	<b>700,00</b>	<b>167.960,00</b>

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.: Elécio Rodrigues de Sousa

CNPJ/CPF: 006.213.023-41 CÓDIGO: 10394 CIDADE: São João do Arraial F.: PI  
ENDEREÇO: Rua 7 de Setembro sn N° BAIRRO: Centro

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

Valor empenhado para pagamento pelos dias trabalhados na cobertura de férias do servidor Matusalém da Silva Lima.

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

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

**VALOR TOTAL...: 700,00**

Valor por Extensão:

**setecentos 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° 211.032 SUBEMPENHO N° 1

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

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 11/02/2025

Fornecedor: 10394 Elécio Rodrigues de Sousa CPF/CNPJ :006.213.023-41  
ENDEREÇO: Rua 7 de Setembro sn São João do Arraial

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO Valor empenhado para pagamento pelos dias trabalhados na cobertura de férias do servido r Matusalém da Silva Lima.	VALOR BRUTO 700,00  DESCONTOS 21,00
---	---

OR - Ordinario VALOR A PAGAR 679,00

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 21 10.301.0025.2186.0000 3.3.90.36.06 Desdobro 06	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Ações do Programa de Saúde da Família-PSF OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
700,00	700,00	700,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$ seiscentos e setenta e nove reais \* \* \* \* \*

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE: DESPESA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64

( ) Os Serviços Foram Prestados.  
( ) Os Materiais Foram Entregues.  
( ) A Obra Foi Realizada

SÃO JOÃO DO ARRAIAL 11/02/2025

*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

211032

**DEVE A** ELÉCIO RODRIGUES DE SOUSA  
**Endereço** RUA 7 DE SETEMBRO, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Dias trabalhados na Cobertura de férias do servidor Matusalém da Silva Lima	700,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 700,00 (Setecentos 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
700,00	21,00	0,00	0,00	0,00	679,00

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 679,00 (Seiscentos e Setenta e Nove Reais), correspondente à conta acima especificada.

Pago em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_

Conta N° \_\_\_\_\_

Cheque \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TESOUREIRO

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CREDOR

CPF: 006.213.023-41



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° 107075

Data de Emissão: 11/02/2025

**PRESTADOR DO SERVIÇO**

NOME: ELÉCIO RODRIGUES DE SOUSA  
ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO, S/N  
CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI  
ATIVIDADE:  
RG/INSC. EST.: 2.259.379 PI CPF/CNPJ: 006.213.023-41

**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	Dias trabalhados na Cobertura de férias do servidor Matusalém da Silva Lima	700,00	700,00
			<b>TOTAL</b>	<b>700,00</b>
Setecentos Reais				

VALOR BASE	700,00	ALÍQUOTA	3 %	ISS	21,00
------------	--------	----------	-----	-----	-------

ASSINATURA DO EMITENTE	RECOLHIDO EM 11/02/2025	MATRÍCULA N° 1455
------------------------	----------------------------	----------------------

## Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Emitente:</b>	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO
<b>Conta origem:</b>	3834   006   00624010-2
<b>Conta destino:</b>	3834   013   00028031-8

<b>Nome destinatário:</b>	ELECIO RODRIGUES DE SOUSA
<b>Valor:</b>	R\$ 679,00
<b>Identificação da operação:</b>	ELECIO RODRIGUES DE SOUSA

<b>Data de débito:</b>	11/02/2025
<b>Data/hora da operação:</b>	11/02/2025 15:38:19

<b>Código da operação:</b>	72283490
<b>Chave de segurança:</b>	FM4V6HM567YGQ4YA

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