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 313010

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 DESTE EMPENHO	SALDO ATUAL
865.838,00	**134.162,00**	**2.000,00**	**863.838,00**

FICHA: **197** DATA: **13/03/2025** CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com

FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR..: **LARISSE YARA DE CARVALHO**

CNPJ/CPF: 107.117.794-06 CÓDIGO: 15064 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIALPI

ENDEREÇO: RUA RAIMUNDO PEREIRA Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

Valor empenhado para pagamento referente a repasse financeiro para custeio de alimentação de médicos do programa Mais médicos no ambito do município, nos termos da lei municipal 195/2014.

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS **Aplicação:** Saúde - Despesas com ASPS

TIPO DE EMPENHO: **OR - Ordinario** **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:**13/03/2025**

BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 13/03/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA
Secretária de Administração e Finanças

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

PREFEITURA São João do Arraial
Trabalhando com você!

11.504.416/0001-63

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 313010 **SUBEMPENHO N°** 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 197	DATA: 13/03/2025	REQUISIÇÃO:
		DOCUMENTO:	VENCIMENTO: 13/03/2025

Fornecedor: **15064 LARISSE YARA DE CARVALHO** CPF/CNPJ :107.117.794-06
ENDEREÇO: RUA RAIMUNDO PEREIRA SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO	VALOR BRUTO
Valor empenhado para pagamento referente a repasse financeiro para custeio de alimentação de médicos do programa Mais médicos no ambito do município, nos termos da lei municipal 195/2014.	2.000,00
	DESCONTOS
	0,00
OR - Ordinario **VALOR A PAGAR**	**2.000,00**

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02	PODER EXECUTIVO
02 03 0	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
10.301.0020.2160.0000	Manutenção dos serviços municipais de saúde
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$ 2.000,00

dois 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 13/03/2025

Reginalda de S. Silva

Reginalda de Sousa Silva
Servidora

A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO OU SUBEMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.

Blu

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

313010

DEVE A **LARISSE YARA DE CARVALHO**
Endereço RUA RAIMUNDO PEREIRA, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Referente a repasse financeiro para custeio de alimentação de médicos do Projeto Mais Médicos no ambito do municipio, nos termos da Lei Municipal 195/2014	2.000,00

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

SÃO JOÃO DO ARRAIAL, _____ de _____ de _____.

_____
CREDOR

ORDEM 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
2.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.000,00

Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - ESTADO DO PIAUÍ, a quantia líquida de R$ 2.000,00 (Dois Mil Reais), correspondente à conta acima especificada.

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

_____
TESOUREIRO

Em _____/_____/_____

_____
CREDOR
CPF: 107.117.794-06

13/03/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:39:56
204802048 SEGUNDA VIA 0004

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 13/03/2025
NR. DOCUMENTO 553.178.000.125.991
VALOR TOTAL 2.000,00
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: LARISSE YARA DE CARVALHO
AGENCIA: 3178-X CONTA: 125.991-1
NR. DOCUMENTO 552.048.000.011.090
==========
NR.AUTENTICACAO D.D72.284.919.BBA.2C0