

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 313013

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		
3.3.90.36.14	LOCAÇÃO DE IMÓVEIS		
SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
850.448,00	149.552,00	1.000,00	849.448,00

FICHA: 197 DATA: 13/03/2025

CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com

FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR.: Almir Araújo Rocha

CNPJ/CPF: 007.552.203-90

CÓDIGO: 11725 CIDADE: São João do Arraial UF: PI

ENDEREÇO: Rua José Tomaz de Lima, S/N

Nº 0 BAIRRO: Centro

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

Valor empenhado para pagamento referente a aluguel de prédio para funcionamento da sede da secretaria municipal de saúde.

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS

Aplicação: Saúde - Despesas com ASPS

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL....:

1.000,00

Valor por Extensão:

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: 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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N°

313013

SUBEMPENHO N°

1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1

FICHA: 197

DATA: 13/03/2025

REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO:

VENCIMENTO: 13/03/2025

Fornecedor: 11725 Almir Araújo Rocha
ENDEREÇO: Rua José Tomaz de Lima, S/N

CPF/CNPJ :007.552.203-90
São João do Arraial

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

Valor empenhado para pagamento referente a aluguel de prédio para funcionamento da sede da secretaria municipal de saúde.

VALOR BRUTO

1.000,00

DESCONTOS

0,00

VALOR A PAGAR

1.000,00

OR - Ordinário

CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA

CÓDIGO

02
02 03 0
10.301.0020.2160.0000
3.3.90.36.14
Desdobro 14

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

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\$

1.000,00

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 13/03/2025

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL

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

CNPJ: 01.612.609/0001-84

DEVE A **ALMIR ARAÚJO ROCHA**
Endereço RUA JOSE TOMAZ DE LIMA, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Referente a pagamento de aluguel de prédio para funcionamento da Sede da Secretaria Municipal de Saúde	1.000,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.000,00 (Um Mil 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
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: 007.552.203-90

13/03/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:39:55
204802048 SEGUNDA VIA 0002

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	552.048.000.033.044
VALOR TOTAL	1.000,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALMIR ARAUJO ROCHA
AGENCIA: 2048-6 CONTA: 33.044-2
NR. DOCUMENTO 552.048.000.011.090
=====

NR.AUTENTICACAO	5.9A5.890.EF3.FFD.800
-----------------	-----------------------