

ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Endereço:
Cidade: SÃO JOÃO DO ARRAIAL
CNPJ N° : 11.504.416/0001-63

2026

NOTA DE EMPENHO N° 316001

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 DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
1.272.768,00	127.232,00	2.000,00	1.270.768,00

FICHA: 192 DATA: 16/03/2026 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com
FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR.: REINALDO DA COSTA LIMA FILHO

CNPJ/CPF: 633.749.863-15

CÓDIGO: 15687

CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL PI

ENDEREÇO: RUA RAIMUNDA PEREIRA

N° BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO REFERENTE A REPASSE FINANCEIRO PARA CUSTEIO DE ALIMENTAÇÃO DE MÉDICOS DO PROJETO 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 - Ordinário

VALOR TOTAL...:


2.000,00

Valor por Extenso:

dois mil reais *****

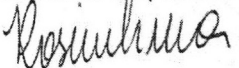
Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

EMPENHO AUTORIZADO EM: 16/03/2026


BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 16/03/2026


ROSA MARIA DE MELO LIMA
Secretária de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N°	316001	SUBEMPENHO N°	1
------------	---------------	---------------	----------

NOTA DE LIQUIDAÇÃO:	1	FICHA: 192	DATA: 16/03/2026	REQUISIÇÃO:
---------------------	----------	------------	------------------	-------------

DOCUMENTO:	VENCIMENTO: 16/03/2026
------------	------------------------

Fornecedor: 15687 REINALDO DA COSTA LIMA FILHO	CPF/CNPJ :633.749.863-15
ENDERECO: RUA RAIMUNDA PEREIRA	SAO JOAO DO ARRAIAL

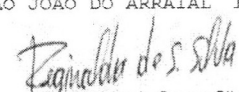
DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO REFERENTE A REPASSE FINANCEIRO PARA CUSTEIO DE ALIMENTAÇÃO DE MÉDICOS DO PROJETO MAIS MÉDICOS NO AMBITO DO MUNICÍPIO, NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL 195/2014.	VALOR BRUTO 2.000,00 DESCONTOS 0,00
--	--

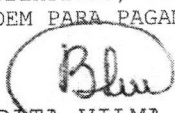
OR - Ordinário	VALOR A PAGAR	2.000,00
----------------	----------------------	-----------------

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 0 10.301.0020.2160.0000 3.3.90.36.06 Desdobro 06	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Manutenção dos serviços municipais de saúde OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA 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: <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 16/03/2026  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
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL
AVENIDA VICENTE AUGUSTO - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - ESTADO DO PIAUÍ
CNPJ: 01.612.609/0001-84

316001

DEVE A REINALDO DA COSTA LIMA FILHO
Endereço RUA RAIMUNDA PEREIRA, S/N

E S P E C I F I C A Ç Ã O		VALOR			
Referente a repasse financeiro para custeio de alimentação de médicos do Projeto Mais Médicos no âmbito do município, 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					
O R D E M D E P A G A M E N T O					
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 ____ / ____ / ____		Autorizo o pagamento, atendidas as formalidades legais. Em ____ / ____ / ____			
_____ SERVIDOR		_____ ORDENADOR DA DESPESA			
R E C I B O					
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 ____ / ____ / ____	Em ____ / ____ / ____				
Banco _____					
Conta N° _____					
Cheque _____					
_____ TESOUREIRO	_____ CREDOR CPF: 633.749.863-15				

16/03/2026 - BANCO DO BRASIL - 12:43:09
204802048 SEGUNDA VIA 0001
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	16/03/2026
NR. DOCUMENTO	553.137.000.022.927
VALOR TOTAL	2.000,00

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: REINALDO DA COSTA LIMA FI
AGENCIA: 3137-2 CONTA: 22.927-X
NR. DOCUMENTO 552.048.000.011.090
=====

NR.AUTENTICACAO	3.B4A.295.6A2.9EB.6B3
-----------------	-----------------------