

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

2026

NOTA DE EMPENHO Nº 316003

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 DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
1.268.768,00	131.232,00	2.000,00	1.266.768,00

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

CREDOR...: **INÁCIO BALDOÍNO DE BARROS NETO**

CNPJ/CPF: 014.932.823-01 CÓDIGO: 17052 CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL PI
ENDEREÇO: AVENIDA VICENTE AUGUSTO Nº S/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 Extensão:

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° **316003** SUBEMPENHO N° **1**

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

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 16/03/2026

Fornecedor: **17052 INÁCIO BALDOÍNO DE BARROS NETO** CPF/CNPJ :014.932.823-01
 ENDEREÇO: AVENIDA VICENTE AUGUSTO SÃO JOÃO 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 AL 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:

() 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 16/03/2026

Réginalda de Sousa Silva
 Réginalda de Sousa Silva
 Servidora

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

B. 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

316003

DEVE A INÁCIO BALDOÍNO DE BARROS NETO
Endereço AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 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: 014.932.823-01		

16/03/2026 - BANCO DO BRASIL - 12:43:10
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	16/03/2026
NR. DOCUMENTO	550.254.000.017.093
VALOR TOTAL	2.000,00

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: INACIO BALDOINO BARROS NT
AGENCIA: 0254-2 CONTA: 17.093-3
NR. DOCUMENTO 552.048.000.011.090
=====

NR.AUTENTICACAO	E.80B.7E6.996.199.7D6
-----------------	-----------------------