

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 320035

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 14		DIÁRIAS - CIVIL		
3.3.90.14.01		DIARIAS - NO PAIS (DENTRO DO ESTADO)		
SALDO ANTERIOR		EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
8.200,00		1.800,00	150,00	8.050,00

FICHA: **187** DATA: **20/03/2025** CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com
FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR.: **Antonio de Melo Lima**

CNPJ/CPF: 564.684.073-20

CÓDIGO: 10154 CIDADE: São João do Arraial UF.: PI

ENDEREÇO:

Nº BAIRRO: Centro

Discriminação do Material e/ou Serviço...:

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO NA COBERTURA DE VIAGEM À TERESINA-PI, TRATANDO DE ASSUNTOS DE INTERESSE DESTA MUNICIPALIDADE, NO DIA 20/03/2025, CONFORME AS EXIGÊNCIAS DO DECRETO 004/2025 DE 13 DE MARÇO DE 2025.

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS

Aplicação: Saúde - Despesas com ASPS

TIPO DE EMPENHO: **OR - Ordinário**

VALOR TOTAL....:

150,00

Valor por Extensão:

cento e cinquenta reais *****

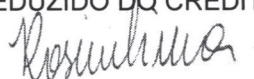
Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

EMPENHO AUTORIZADO EM: **20/03/2025**


BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 20/03/2025


ROSA MARIA DE MELO LIMA
Secretária de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 320035 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 187	DATA: 20/03/2025	REQUISIÇÃO:
-----------------------	------------	------------------	-------------

DOCUMENTO:	VENCIMENTO: 20/03/2025
------------	------------------------

Fornecedor: 10154 Antonio de Melo Lima
ENDEREÇO:

CPF/CNPJ :564.684.073-20
São João do Arraial

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO NA COBERTURA DE VIAGEM À TERESINA-PI, TRATANDO DE ASSUNTOS DE INTERESSE DESTA MUNICIPALIDADE, NO DIA 20/03/2025, CONFORME AS EXIGÊNCIAS DO DECRETO 004/2025 DE 13 DE MARÇO DE 2025.

VALOR BRUTO

150,00

DESCONTOS

0,00

OR - Ordinário

VALOR A PAGAR

150,00

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 0 10.301.0020.2160.0000 3.3.90.14.01 Desdobro 01	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Manutenção dos serviços municipais de saúde DIÁRIAS - CIVIL DIARIAS - NO PAIS (DENTRO DO ESTADO)

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
150,00	150,00	150,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$

150,00

cento e cinquenta 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 20/03/2025

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

320035

DEVE A **ANTONIO DE MELO LIMA****Endereço** AVENIDA VICENTE AUGUSTO, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Cobertura de viagem a Teresina -PI, tratando de assuntos de interesse desta municipalidade, no dia 20/03/2025, conforme as exigencias do Decreto 004/2025 de 13 de março de 2025.	150,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 150,00 (Cento e Cinquenta 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 ____/____/____

SERVIDORAutorizo o pagamento,
atendidas as formalidades legais.

Em ____/____/____

ORDENADOR DA DESPESA**RECIBO**

Valor Bruto	ISS	INSS	IRRF	Outros	Valor Líquido
150,00	0,00	0,00	0,00	0,00	150,00

Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - SÃO JOÃO DO ARRAIAL, a quantia líquida de R\$ 150,00 (Cento e Cinquenta Reais), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____/____/____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____/____/____

CREDOR

CPF: 564.684.073-20



ESTADO DO PIAUÍ

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL

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

REQUISIÇÃO DE DIÁRIAS

AUTORIDADE A QUEM É DIRIGIDA A REQUISIÇÃO	
Sr. (a)	ABDORAL MELO DA SILVA - PREFEITO MUNICIPAL

Tendo em vista a necessidade de viagem para tratar de assuntos de interesse da administração municipal fora do Município, vimos solicitar, nos termos da legislação vigente, as diárias para cobertura de gastos resultantes do deslocamento, conforme especificado na presente requisição.

AGENTE POLÍTICO OU SERVIDOR REQUISITANTE	
NOME	ANTONIO DE MELO LIMA
CARGO OU FUNÇÃO	

OBJETIVO	Cobertura de viagem a Teresina -PI, tratando de assuntos de interesse desta municipalidade, no dia 20/03/2025, conforme as exigencias do Decreto 004/2025 de 13 de março de 2025.
----------	---

DESTINO	TERESINA-PI	PERÍODO DA VIAGEM
		20/03/2025

QUANTIDADE DE DIÁRIAS	1	VALOR UNITÁRIO	150,00	VALOR TOTAL	150,00
-----------------------	---	----------------	--------	-------------	--------

VALOR POR EXTENSO	Cento e Cinquenta Reais
-------------------	-------------------------

SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.

Requisitante



ESTADO DO PIAUÍ

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL

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

AUTORIZAÇÃO DE DIÁRIAS

NOME DO REQUISITANTE	ANTONIO DE MELO LIMA				
CARGO OU FUNÇÃO					
OBJETIVO	Cobertura de viagem a Teresina -PI, tratando de assuntos de interesse desta municipalidade, no dia 20/03/2025, conforme as exigencias do Decreto 004/2025 de 13 de março de 2025.				
DESTINO	TERESINA-PI			PERÍODO DA VIAGEM	20/03/2025
QUANTIDADE DE DIÁRIAS	1	VALOR UNITÁRIO	150,00	VALOR TOTAL	150,00
VALOR POR EXTENSO	Cento e Cinquenta Reais				

AUTORIZO AS DIÁRIAS. PAGUE-SE nos termos requeridos.

SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.

Ordenador da Despesa

CERTIFICO que as despesas resultantes deste processo foram realizadas de acordo com a legislação pertinente e com os objetivos propostos pelo requerente.

20/03/2025 - BANCO DO BRASIL - 15:42:50
204802048 SEGUNDA VIA 0003

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	20/03/2025
NR. DOCUMENTO	552.048.000.022.500
VALOR TOTAL	150,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO DE MELO LIMA
AGENCIA: 2048-6 CONTA: 22.500-2
NR. DOCUMENTO 552.048.000.011.090

=====

NR.AUTENTICACAO	6.6F0.2CA.939.A96.56A
-----------------	-----------------------