

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 411002

| CÓDIGO                | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA                  |                      |                  |
|-----------------------|---|----------------------|------------------|
| 02                    | PODER EXECUTIVO                                     |                      |                  |
| 03                    | SECRETARIA DE SAÚDE                                 |                      |                  |
| 03.01                 | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS                      |                      |                  |
| 10.301.0025.2186.0000 | Ações do Programa de Saúde da Família-PSF           |                      |                  |
| <b>3 3 90 36</b>      | <b>OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA</b> |                      |                  |
| <b>3.3.90.36.06</b>   | <b>SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS</b>              |                      |                  |
| SALDO ANTERIOR        | EMPENHADO ATÉ A DATA                                | VALOR DESTES EMPENHO | SALDO ATUAL      |
| <b>75.262,00</b>      | <b>144.738,00</b>                                   | <b>2.000,00</b>      | <b>73.262,00</b> |

FICHA: 255 DATA: 11/04/2025

CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 999 000 Não se aplica

FONTE DE RECURSO: 600 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal

CREDOR.: JOSE RENATO SILVA DAMASCENO

CNPJ/CPF: 076.614.183-71

CÓDIGO: 16388 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL

ENDEREÇO: RUA ASSEMBLEIA DE DEUS

Nº 180 BAIRRO:

**Discriminação do Material e/ou Serviço..:**

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM PRESTADO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

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: 11/04/2025

BENEDITA VILMA LIMA  
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 11/04/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA  
Secretária de Administração e Finanças



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

11.504.416/0001-63

# NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 411002 SUBEMPENHO N° 1

|                       |            |                  |             |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 | FICHA: 255 | DATA: 11/04/2025 | REQUISIÇÃO: |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|

|                           |                        |
|---------------------------|------------------------|
| DOCUMENTO: NOTA FISCAL N° | VENCIMENTO: 11/04/2025 |
|---------------------------|------------------------|

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Fornecedor: 16388 JOSE RENATO SILVA DAMASCENO | CPF/CNPJ :076.614.183-71 |
| ENDEREÇO: RUA ASSEMBLEIA DE DEUS              | SAO JOAO DO ARRAIAL      |

|   |             |
|---|-------------|
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO  | VALOR BRUTO |
| VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM PRESTADO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. | 2.000,00    |
|   | DESCONTOS   |
|   | 60,00       |

|                |               |          |
|----------------|---------------|----------|
| OR - Ordinario | VALOR A PAGAR | 1.940,00 |
|----------------|---------------|----------|

| CÓDIGO                | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA           |
|-----------------------|--|
| 02                    | PODER EXECUTIVO                              |
| 02 03 60              | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS               |
| 10.301.0025.2186.0000 | Ações do Programa de Saúde da Família-PSF    |
| 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\$                          | 1.940,00 |
| um mil, novecentos e quarenta 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 11/04/2025

*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.

*Bliu*  
 BENEDITA VILMA LIMA  
 Secretária de Saúde



ESTADO DO PIAUÍ  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL  
AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI  
CNPJ: 11504416000163

411002

**DEVE A** JOSÉ RENATO SILVA DAMASCENO  
**Endereço** RUA ASSEMBLEIA DE DEUS, 180

| ESPECIFICAÇÃO  | VALOR    |
|--|----------|
| Serviços de enfermagem prestado para a Secretaria Municipal de Saúde | 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    | 60,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00   | 1.940,00      |

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 1.940,00 (Um Mil Novecentos e Quarenta Reais), correspondente à conta acima especificada.

Pago em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_

Conta N° \_\_\_\_\_

Cheque \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TESOUREIRO

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CREDOR

CPF: 076.614.183-71



ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL  
AVENIDA VICENTE AUGUSTO  
CEP 64.155-000 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI  
CNPJ 01612609000184

Nota Fiscal de Serviço Avulso

N° 108408

Data de Emissão: 11/04/2025

| PRESTADOR DO SERVIÇO |   |
|----------------------|---|
| NOME:                | JOSÉ RENATO SILVA DAMASCENO                     |
| ENDEREÇO:            | RUA ASSEMBLEIA DE DEUS, 180                     |
| CIDADE:              | SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI                        |
| ATIVIDADE:           |   |
| RG/INSC. EST.:       | CPF/CNPJ: 076.614.183-71                        |
| USUÁRIO DO SERVIÇO   |   |
| NOME:                | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAO JOÃO DO ARRAIAL |
| ENDEREÇO:            | AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556                    |
| CIDADE:              | SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI                        |
| ATIVIDADE:           |   |
| RG/INSC. EST.:       | CPF/CNPJ: 11.504.416/0001-63                    |

| QTD.           | UNID. | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS   | UNITÁRIO     | TOTAL           |
|----------------|-------|--|--------------|-----------------|
| 1              | uni   | Serviços de enfermagem prestado para a Secretaria Municipal de Saúde | 2.000,00     | 2.000,00        |
|                |       |  |              |                 |
|                |       |  |              |                 |
|                |       |  |              |                 |
|                |       |  | <b>TOTAL</b> | <b>2.000,00</b> |
| Dois Mil Reais |       |  |              |                 |

|            |          |          |     |     |       |
|------------|----------|----------|-----|-----|-------|
| VALOR BASE | 2.000,00 | ALÍQUOTA | 3 % | ISS | 60,00 |
|------------|----------|----------|-----|-----|-------|

|                        |              |           |
|------------------------|--------------|-----------|
| ASSINATURA DO EMITENTE | RECOLHIDO EM | MATRÍCULA |
|                        | 11/04/2025   | N° 5472   |

## Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Gerenciador Financeiro CAIXA

|                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------|
| <b>Emitente:</b>      | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO |
| <b>Conta origem:</b>  | 3834   006   00624010-2         |
| <b>Conta destino:</b> | 1987   1288   000781750733-4    |

|                                   |                             |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| <b>Nome destinatário:</b>         | JOSE RENATO SILVA DAMASCENO |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 1.940,00                |
| <b>Identificação da operação:</b> | JOSE RENATO SILVA DAMASCE   |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>        | 11/04/2025          |
| <b>Data/hora da operação:</b> | 11/04/2025 16:30:13 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 07518293         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 11LULMZ7T9CK458K |

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104