

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 411017

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA	SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
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				
3 3 90 36	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA				
3.3.90.36.30	SERVICOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS				
		38.244,00	181.756,00	5.200,00	33.044,00

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.: ALMIR ALVES REBELO FILHO

CNPJ/CPF: 772.586.903-44

CÓDIGO: 13987 CIDADE: ESPERANTINA U.F.: PI

ENDEREÇO: RUA CARVALHO E SILVA

Nº 313 BAIRRO: CENTRO

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

Valor empenhado para pagamento de serviços médicos em atendimentos ortopédicos prestados para a secretaria municipal de saúde.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

5.200,00

Valor por Extensão:

cinco mil e duzentos 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 SAÚDE

11.504.416/0001-63

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 411017 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 255	DATA: 11/04/2025	REQUISIÇÃO:
DOCUMENTO:		VENCIMENTO: 11/04/2025	
Fornecedor: 13987 ALMIR ALVES REBELO FILHO ENDEREÇO: RUA CARVALHO E SILVA		CPF/CNPJ :772.586.903-44 ESPERANTINA	
DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO Valor empenhado para pagamento de serviços médicos em atendimentos ortopédicos prestados para a secretaria municipal de saúde.			VALOR BRUTO 5.200,00 DESCONTOS 689,99
OR - Ordinário			VALOR A PAGAR 4.510,01
CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA		
02 02 03 689,99 10.301.0025.2186.0000 3.3.90.36.30 Desdobro 30	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Ações do Programa de Saúde da Família-PSF OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA SERVICOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS		
VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
5.200,00	5.200,00	5.200,00	0,00
VALOR A SER PAGO R\$		4.510,01	
quatro mil, quinhentos e dez reais e um centavo * * * * *			
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 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

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL

AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI

CNPJ: 11504416000163

411017

DEVE A ALMIR ALVES REBELO FILHO**Endereço** RUA CARVALHO E SILVA, 313

E S P E C I F I C A Ç Ã O		VALOR			
Referente a pagamento de serviços médicos em atendimentos ortopédicos prestados para a Secretaria Municipal de Saúde		5.200,00			
Importa a presente conta na quantia de R\$ 5.200,00 (Cinco Mil Duzentos 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: ☐ os materiais foram recebidos. ☐ os serviços foram prestados. ☐ as despesas foram realizadas. ☐ as obras foram executadas. Em ____ / ____ / ____		Autorizo o pagamento, atendidas as formalidades legais. Em ____ / ____ / ____ _____ ORDENADOR DA DESPESA			
_____ SERVIDOR					
R E C I B O					
Valor Bruto	ISS	INSS	IRRF	Outros	Valor Líquido
5.200,00	156,00	0,00	533,99	0,00	4.510,01
Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 4.510,01 (Quatro Mil Quinhentos e Dez Reais E Um Centavo), correspondente à conta acima especificada.					
Pago em ____ / ____ / ____		Em ____ / ____ / ____			
Banco _____					
Conta N° _____					
Cheque _____					
_____ TESOUREIRO		_____ CREDOR CPF: 772.586.903-44			



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

Nº 108414

Data de Emissão: 11/04/2025

PRESTADOR DO SERVIÇO					
NOME:	ALMIR ALVES REBELO FILHO				
ENDEREÇO:	RUA CARVALHO E SILVA, 313				
CIDADE:	ESPERANTINA - PI				
ATIVIDADE:	MEDICO				
RG/INSC. EST.:	CPF/CNPJ: 772.586.903-44				
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	Referente a pagamento de serviços médicos em atendimentos ortopédicos prestados para a Secretaria Municipal de Saúde	5.200,00	5.200,00	
			TOTAL	5.200,00	
Cinco Mil Duzentos Reais					
VALOR BASE	5.200,00	ALÍQUOTA	3 %	ISS	156,00
ASSINATURA DO EMITENTE		RECOLHIDO EM	MATRÍCULA		
		11/04/2025	Nº 4217		

Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3834 / 006 / 00624010-2
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO
CPF/CNPJ:	11.504.416/0001-63

Banco:	001 - BCO DO BRASIL S.A. 00000000 - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2048 / 00000016002-4
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	ALMIR ALVES REBELO FILHO
CPF/CNPJ:	772.586.903-44
Valor:	R\$ 4.510,01
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	ALMIR ALVES REBELO FILHO
Histórico:	

Data de débito:	11/04/2025
Data / Hora da operação:	11/04/2025 15:19:24

Código da operação:	00112564
Chave de segurança:	9SRV88MS64TRVYPG

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

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