

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 411018

| 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           |                  |                      |                      |                  |
| <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>              |                  |                      |                      |                  |
|                       |   | <b>33.044,00</b> | <b>186.956,00</b>    | <b>1.518,00</b>      | <b>31.526,00</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

CREADOR.: Edinete Lopes da Silva

CNPJ/CPF: 023.828.383-61

CÓDIGO: 11889 CIDADE: São João do Arraial UF: PI

ENDEREÇO: Rua José Tomaz de Lima

Nº 0 BAIRRO: Centro

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

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

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

1.518,00

Valor por Extenso:

um mil, quinhentos e dezoito 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° **411018** SUBEMPENHO N° **1**

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

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 11/04/2025

Fornecedor: **11889 Edinete Lopes da Silva** CPF/CNPJ :023.828.383-61  
ENDEREÇO: Rua José Tomaz de Lima São João do Arraial

|  |             |
|--|-------------|
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO   | VALOR BRUTO |
| VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PRESTADO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. | 1.518,00    |
|  | DESCONTOS   |
|  | 45,54       |

OR - Ordinario **VALOR A PAGAR** 1.472,46

| CÓDIGO  | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA  |
|---|---|
| 02<br>02 03 45,54<br>10.301.0025.2186.0000<br>3.3.90.36.06<br>Desdobro 06 | PODER EXECUTIVO<br>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS<br>Ações do Programa de Saúde da Família-PSF<br>OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA<br>SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS |

| VALOR DO EMPENHO | LIQUIDADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO | SALDO A LIQUIDAR |
|------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| 1.518,00         | 1.518,00             | 1.518,00               | 0,00             |

**VALOR A SER PAGO R\$** 1.472,46  
um mil, quatrocentos e setenta e dois reais e quarenta e seis centavos \* \* \* \*

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.

*Bless*  
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

411018

**DEVE A EDINETE LOPES DA SILVA**  
**Endereço LOCALIDADE CABACEIROS FONE 86 3385-1107**

| ESPECIFICAÇÃO   | VALOR    |
|---|----------|
| Serviços de Agente Comunitário de Saúde prestado para a Secretaria Municipal de Saúde | 1.518,00 |

Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.518,00 (Um Mil Quinhentos e Dezoito 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 |
|-------------|-------|------|------|--------|---------------|
| 1.518,00    | 45,54 | 0,00 | 0,00 | 0,00   | 1.472,46      |

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 1.472,46 (Um Mil Quatrocentos e Setenta e Dois Reais E Quarenta e Seis Centavos), correspondente à conta acima especificada.

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

Banco \_\_\_\_\_

Conta N° \_\_\_\_\_

Cheque \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TESOUREIRO

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

\_\_\_\_\_  
CREDOR

CPF: 023.828.383-61



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° 108446

Data de Emissão: 11/04/2025

**PRESTADOR DO SERVIÇO**

NOME: EDINETE LOPES DA SILVA  
ENDEREÇO: LOCALIDADE CABACEIROS FONE 86 3385-1107  
CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI  
ATIVIDADE: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE  
RG/INSC. EST.: 2235112 CPF/CNPJ: 023.828.383-61

**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 Agente Comunitário de Saúde prestado para a Secretaria Municipal de Saúde | 1.518,00     | 1.518,00        |
|                                   |       |   |              |                 |
|                                   |       |   |              |                 |
|                                   |       |   |              |                 |
|                                   |       |   | <b>TOTAL</b> | <b>1.518,00</b> |
| Um Mil Quinhentos e Dezoito Reais |       |   |              |                 |

|            |          |          |     |     |       |
|------------|----------|----------|-----|-----|-------|
| VALOR BASE | 1.518,00 | ALÍQUOTA | 3 % | ISS | 45,54 |
|------------|----------|----------|-----|-----|-------|

|                        |              |           |
|------------------------|--------------|-----------|
| ASSINATURA DO EMITENTE | RECOLHIDO EM | MATRÍCULA |
|                        | 11/04/2025   | N° 2821   |

## 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> | 3834   1288   000776175323-8    |

|                                   |                           |
|-----------------------------------|---------------------------|
| <b>Nome destinatário:</b>         | EDINETE LOPES DA SILVA    |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 1.472,46              |
| <b>Identificação da operação:</b> | EDINETE LOPES DA SILVAAAA |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>        | 11/04/2025          |
| <b>Data/hora da operação:</b> | 11/04/2025 16:23:19 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 08095524         |
| <b>Chave de segurança:</b> | S2MZUHKWNHTPG50A |

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