

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 411043

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA	SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
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				
		794.003,00	205.997,00	3.200,00	790.803,00

FICHA: 197 DATA: 11/04/2025 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR.: REINALDO DA COSTA LIMA FILHO

CNPJ/CPF: 633.749.863-15 CÓDIGO: 15687 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL
ENDEREÇO: RUA RAIMUNDA PEREIRA Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

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.

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS Aplicação: Saúde - Despesas com ASPS

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...: 3.200,00

Valor por Extenso:

três 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° 411043 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 197	DATA: 11/04/2025	REQUISIÇÃO:
DOCUMENTO:		VENCIMENTO: 11/04/2025	
Fornecedor: 15687 REINALDO DA COSTA LIMA FILHO ENDEREÇO: RUA RAIMUNDA PEREIRA		CPF/CNPJ :633.749.863-15 SAO JOAO DO ARRAIAL	
DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO REFERENTE A REPASSE FINANCEIRO PARA CUSTEIO DE ALIMENTAÇÃO DE MÉDICOS DO PROJETO MAIS M ÉDICOS NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO, NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL 195/2014.			VALOR BRUTO 3.200,00 DESCONTOS 0,00
OR - Ordinário			VALOR A PAGAR 3.200,00
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
3.200,00	3.200,00	3.200,00	0,00
VALOR A SER PAGO R\$	3.200,00		
três mil e duzentos reais * * * * *			
DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:		DESPESA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64	
<input type="checkbox"/> Os Serviços Foram Prestados. <input type="checkbox"/> Os Materiais Foram Entregues. <input type="checkbox"/> A Obra Foi Realizada		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
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL
AVENIDA VICENTE AUGUSTO - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - ESTADO DO PIAUÍ
CNPJ: 01.612.609/0001-84

411043

DEVE A REINALDO DA COSTA LIMA FILHO
Endereço RUA RAIMUNDA PEREIRA, 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		3.200,00			
Importa a presente conta na quantia de R\$ 3.200,00 (Três 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: <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
3.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.200,00
Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - ESTADO DO PIAUÍ, a quantia líquida de R\$ 3.200,00 (Três Mil Duzentos Reais), correspondente à conta acima especificada.					
Pago em ____ / ____ / ____ Banco _____ Conta N° _____ Cheque _____			Em ____ / ____ / ____		
_____ TESOUREIRO			_____ CREDOR CPF: 633.749.863-15		

11/04/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:14:45
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	11/04/2025
NR. DOCUMENTO	553.137.000.022.927
VALOR TOTAL	3.200,00

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: REINALDO DA COSTA LIMA FI
AGENCIA: 3137-2 CONTA: 22.927-X
NR. DOCUMENTO 552.048.000.011.090
=====

NR.AUTENTICACAO	F.A2D.6AC.4A1.518.761
-----------------	-----------------------