

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 414001

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 DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
7.375,00	2.625,00	300,00	7.075,00

FICHA: 187 DATA: 14/04/2025 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR.: **GEILA SOUSA SOARES**

CNPJ/CPF: 035.954.763-01 CÓDIGO: 13678 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL
ENDEREÇO: AVENIDA VICENTE AUGUSTO Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO NA COBERTURA DE VIAGEM À TERESINA-PI, TRATANDO DE ASSUNTOS DE INTERESSE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, NOS DIAS 14 E 15/04/2025, 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...: 300,00

Valor por Extenso:

trezentos reais *****

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 14/04/2025

BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 14/04/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA
Secretária de Administração e Finanças



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

11.504.416/0001-63

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° **414001** SUBEMPENHO N° **1**

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: **1** FICHA: 187 DATA: 14/04/2025 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 14/04/2025

Fornecedor: **13678 GEILA SOUSA SOARES** CPF/CNPJ :035.954.763-01
ENDEREÇO: AVENIDA VICENTE AUGUSTO SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR BRUTO
VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO NA COBERTURA DE VIAGEM À TERESINA-PI, TRATANDO DE ASSUNTOS DE INTERESSE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, NOS DIAS 14 E 15/04/2025, CONFORME AS EXIGÊNCIAS DO DECRETO 004/2025 DE 13 DE MARÇO DE 2025. 300,00
DESCONTOS
0,00

OR - Ordinario VALOR A PAGAR 300,00

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

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
300,00	300,00	300,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$ **300,00**
trezentos reais * * * * *

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE: DESPESA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64
 Os Serviços Foram Prestados.
 Os Materiais Foram Entregues.
 A Obra Foi Realizada
SÃO JOÃO DO ARRAIAL 14/04/2025
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

414001

DEVE A **GEILA SOUSA SOARES**
Endereço AVENIDA VICENTE AUGUSTO, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Cobertura de viagem a Teresina -PI, tratando de assuntos de interesse da Secretaria Municipal de Saúde, nos dias 14 e 15/04/2025, conforme as exigencias do Decreto 004/2025 de 13 de março de 2025.	300,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 300,00 (Trezentos 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
300,00	0,00	0,00	0,00	0,00	300,00

Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - SÃO JOÃO DO ARRAIAL, a quantia líquida de R\$ 300,00 (Trezentos Reais), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____/____/____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____/____/____

CREDOR

CPF: 035.954.763-01



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)	BENEDITA VILMA LIMA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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	GEILA SOUSA SOARES				
CARGO OU FUNÇÃO	DIVERSOS				
OBJETIVO	Cobertura de viagem a Teresina -PI, tratando de assuntos de interesse da Secretaria Municipal de Saúde, nos dias 14 e 15/04/2025, conforme as exigencias do Decreto 004/2025 de 13 de março de 2025.				
DESTINO	TERESINA-PI	PERÍODO DA VIAGEM 14 e 15/04/2025			
QUANTIDADE DE DIÁRIAS	2	VALOR UNITÁRIO	150,00	VALOR TOTAL	300,00
VALOR POR EXTENSO	Trezentos 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	GEILA SOUSA SOARES				
CARGO OU FUNÇÃO	DIVERSOS				
OBJETIVO	Cobertura de viagem a Teresina -PI, tratando de assuntos de interesse da Secretaria Municipal de Saúde, nos dias 14 e 15/04/2025, conforme as exigencias do Decreto 004/2025 de 13 de março de 2025.				
DESTINO	TERESINA-PI	PERÍODO DA VIAGEM 14 e 15/04/2025			
QUANTIDADE DE DIÁRIAS	2	VALOR UNITÁRIO	150,00	VALOR TOTAL	300,00
VALOR POR EXTENSO	Trezentos 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.

14/04/2025 - BANCO DO BRASIL - 08:10:32
204802048 SEGUNDA VIA 0001

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	14/04/2025
NR. DOCUMENTO	552.048.000.044.284
VALOR TOTAL	300,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEILA SOUSA SOARES
AGENCIA: 2048-6 CONTA: 44.284-4

NR. DOCUMENTO 552.048.000.011.090

=====

NR.AUTENTICACAO	A.F6E.2ED.571.055.51F
-----------------	-----------------------

Transação efetuada com sucesso por: JH605531 ANTONIO MIRANDA DE SOUSA.