

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 422001

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA		
02	PODER EXECUTIVO		
03	SECRETARIA DE SAÚDE		
03.01	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS		
10.305.0025.2183.0000	Ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental		
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
10.000,00	0,00	450,00	9.550,00

FICHA: 285 DATA: 22/04/2025 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.: Reginalva de Sousa Silva

CNPJ/CPF: 017.844.363-80

CÓDIGO: 12200 CIDADE: São João do Arraial F.: PI

ENDEREÇO: Av. Vicente Augusto, 1051

Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO NA COBERTURA DE VIAGEM A TERESINA-PI, PARA PARTICIPAR SOBRE LEISHMANIOSE E MALÁRIA, NOS DIAS 22, 23, 24/04/2025, CONFORME AS EXIGÊNCIAS DO DECRETO 004/2025 DE 13 DE MARÇO DE 2025.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

450,00

Valor por Extenso:

quatrocentos e cinquenta reais *****

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 22/04/2025

BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 22/04/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA
Secretária de Administração e Finanças



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

11.504.416/0001-63

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 422001 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 FICHA: 285 DATA: 22/04/2025 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 22/04/2025

Fornecedor: 12200 Reginalva de Sousa Silva CPF/CNPJ :017.844.363-80
ENDEREÇO: Av. Vicente Augusto, 1051 São João do Arraial

Table with 2 columns: DESCRIPTION OF MATERIAL AND/OR SERVICE, VALOR BRUTO. Description: VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO NA COBERTURA DE VIAGEM A TERESINA-PI, PARA PARTICIPAR SOBRE LEISHMANIOSE E MALÁRIA, NOS DIAS 22, 23, 24/04/2025, CONFORME AS EXIGÊNCIAS DO DECRETO 004/2025 DE 13 DE MARÇO DE 2025. Values: 450,00

OR - Ordinario VALOR A PAGAR 450,00

Table with 2 columns: CÓDIGO, CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA. Codes: 02, 02 03 0, 10.305.0025.2183.0000, 3.3.90.14.01, Desdobro 01. Classification: PODER EXECUTIVO, FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS, Ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, DIÁRIAS - CIVIL, DIARIAS - NO PAIS (DENTRO DO ESTADO)

Table with 4 columns: VALOR DO EMPENHO, LIQUIDADO ATÉ A DATA, VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO, SALDO A LIQUIDAR. Values: 450,00, 450,00, 450,00, 0,00

VALOR A SER PAGO R\$ 450,00
quatrocentos e cinquenta reais

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE: Os Serviços Foram Prestados. Os Materiais Foram Entregues. A Obra Foi Realizada.
DESPESA LIQUIDADADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64
SÃO JOÃO DO ARRAIAL 22/04/2025
Reginalva 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

422001

DEVE A REGINALDA DE SOUSA SILVA

Endereço AV. VICENTE AUGUSTO, 1051

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Cobertura de viagem a Teresina -PI, para participar sobre leishmaniose e malária, nos dias 22, 23 e 24/04/2025, conforme as exigencias do Decreto 004/2025 de 13 de março de 2025.	450,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 450,00 (Quatrocentos e Cinquenta 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
450,00	0,00	0,00	0,00	0,00	450,00

Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - SÃO JOÃO DO ARRAIAL, a quantia líquida de R\$ 450,00 (Quatrocentos e Cinquenta Reais), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ___/___/___

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ___/___/___

CREDOR

CPF: 017.844.363-80



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 - SEC MUN 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	REGINALDA DE SOUSA SILVA
CARGO OU FUNÇÃO	AGENTE DE ENDEMIAS

OBJETIVO	Cobertura de viagem a Teresina -PI, para participar sobre leishmaniose e malária, nos dias 22, 23 e 24/04/2025, conforme as exigencias do Decreto 004/2025 de 13 de março de 2025.
-----------------	--

DESTINO	BARRAS-PI	PERÍODO DA VIAGEM	22, 23 e 24/04/2025
----------------	-----------	--------------------------	---------------------

QUANTIDADE DE DIÁRIAS	3	VALOR UNITÁRIO	150,00	VALOR TOTAL	450,00
------------------------------	---	-----------------------	--------	--------------------	--------

VALOR POR EXTENSO	Quatrocentos e Cinquenta 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	REGINALDA DE SOUSA SILVA				
CARGO OU FUNÇÃO	AGENTE DE ENDEMIAS				
OBJETIVO	Cobertura de viagem a Teresina -PI, para participar sobre leishmaniose e malária, nos dias 22, 23 e 24/04/2025, conforme as exigencias do Decreto 004/2025 de 13 de março de 2025.				
DESTINO	BARRAS-PI			PERÍODO DA VIAGEM 22, 23 e 24/04/2025	
QUANTIDADE DE DIÁRIAS	3	VALOR UNITÁRIO	150,00	VALOR TOTAL	450,00
VALOR POR EXTENSO	Quatrocentos e Cinquenta 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.

Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Gerenciador Financeiro CAIXA

Emitente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO
Conta origem:	3834 006 00624010-2
Conta destino:	3834 013 00007420-3

Nome destinatário:	REGINALDA DE SOUSA SILVA
Valor:	R\$ 450,00
Identificação da operação:	REGINALDA SOUSA SILVAAAA

Data de débito:	22/04/2025
Data/hora da operação:	22/04/2025 17:14:34

Código da operação:	01815643
Chave de segurança:	EUTMGCN37MCUEV0U

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