

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 425002

| 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 |
| 7.525,00 | 2.475,00 | 150,00 | 7.375,00 |

FICHA: 187 DATA: 25/04/2025

CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com

FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREADOR.: Eluane Ribeiro Leal

CNPJ/CPF: 984.253.073-68

CÓDIGO: 11766

CIDADE: Esperantina

U.F.: PI

ENDEREÇO: R- Leonardo das Dores,

Nº 591

BAIRRO: centro

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO NA COBERTURA DE VIAGEM À PIRIPIRI-PI, PARA PARTICIPAR DE REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL DE SAÚDE-CIR, NO DIA 29/04/2025, 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 - Ordinario

VALOR TOTAL...:

150,00

Valor por Extenso:

cento 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: 25/04/2025

BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 25/04/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA
Secretária de Administração e Finanças



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

11.504.416/0001-63

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 425002 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 FICHA: 187 DATA: 25/04/2025 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: RECIBO VENCIMENTO: 25/04/2025

Fornecedor: 11766 Eluane Ribeiro Leal CPF/CNPJ :984.253.073-68
ENDEREÇO: R- Leonardo das Dores, Esperantina

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR BRUTO
VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO NA COBERTURA DE VIAGEM À PIRIPIRI-PI, PARA PARTICIPAR DE REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL DE SAÚDE-CIR, NO DIA 29/04/2025, CO NFORME AS EXIGÊNCIAS DO DECRETO 004/2025 DE 13 DE MARÇO DE 2025. 150,00
DESCONTOS 0,00

OR - Ordinario VALOR A PAGAR 150,00

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
150,00 150,00 150,00 0,00

VALOR A SER PAGO R\$ 150,00
cento e cinquenta reais * * * * *

- 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 25/04/2025

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.

B. Lima
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

425002

DEVE A ELUANE RIBEIRO LEAL
Endereço RUA JOÃO CLIMACO DE ALMEIDA, S/N

| ESPECIFICAÇÃO | VALOR |
|---|--------|
| Cobertura de viagem a Piri-piri -PI, para participar de reunião ordinária da Comissão Intergestora Regional de Saúde-CIR, no dia 29/04/2025, conforme as exigências do Decreto 004/2025 de 13 de março de 2025. | 150,00 |

Importa a presente conta na quantia de R\$ 150,00 (Cento 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 |
|-------------|------|------|------|--------|---------------|
| 150,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 150,00 |

Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - SÃO JOÃO DO ARRAIAL, a quantia líquida de R\$ 150,00 (Cento e Cinquenta Reais), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ___/___/___

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ___/___/___

CREDOR

CPF: 984.253.073-68



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 | ELUANE RIBEIRO LEAL |
| CARGO OU FUNÇÃO | ASSESSORA |

| | |
|-----------------|---|
| OBJETIVO | Cobertura de viagem a Piri-piri -PI, para participar de reunião ordinária da Comissão Intergestora Regional de Saúde-CIR, no dia 29/04/2025, conforme as exigências do Decreto 004/2025 de 13 de março de 2025. |
|-----------------|---|

| | | | |
|----------------|-------------|--------------------------|------------|
| DESTINO | PIRIPIRI-PI | PERÍODO DA VIAGEM | 29/04/2025 |
|----------------|-------------|--------------------------|------------|

| | | | | | |
|------------------------------|---|-----------------------|--------|--------------------|--------|
| QUANTIDADE DE DIÁRIAS | 1 | VALOR UNITÁRIO | 150,00 | VALOR TOTAL | 150,00 |
|------------------------------|---|-----------------------|--------|--------------------|--------|

| | |
|--------------------------|-------------------------|
| VALOR POR EXTENSO | Cento 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 | ELUANE RIBEIRO LEAL | | | | |
| CARGO OU FUNÇÃO | ASSESSORA | | | | |
| OBJETIVO | Cobertura de viagem a Piripiri -PI, para participar de reunião ordinária da Comissão Intergestora Regional de Saúde-CIR, no dia 29/04/2025, conforme as exigências do Decreto 004/2025 de 13 de março de 2025. | | | | |
| DESTINO | PIRIPIRI-PI | | | PERÍODO DA VIAGEM | 29/04/2025 |
| QUANTIDADE DE DIÁRIAS | 1 | VALOR UNITÁRIO | 150,00 | VALOR TOTAL | 150,00 |
| VALOR POR EXTENSO | Cento 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.



Emissão de comprovantes

G3340609484430541
06/05/2025 10:18:11

25/04/2025 - BANCO DO BRASIL - 09:01:29
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 | 25/04/2025 |
| NR. DOCUMENTO | 551.637.000.105.636 |
| VALOR TOTAL | 150,00 |

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ELUANE RIBEIRO LEAL
AGENCIA: 1637-3 CONTA: 105.636-0
NR. DOCUMENTO 552.048.000.011.090
=====

| | |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 3.CC7.6F5.209.AC8.D6B |
|-----------------|-----------------------|

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