

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 429003

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				
10.301.0025.2176.0000	Manutenção das Ações do Programa NASF				
<b>3 3 90 36</b>	<b>OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA</b>				
<b>3.3.90.36.17</b>	<b>MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE VEÍCULOS</b>				
		<b>25.364,00</b>	<b>24.636,00</b>	<b>3.900,00</b>	<b>21.464,00</b>

FICHA: 224 DATA: 29/04/2025 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.: **Manoel Cleber Mota da Silva**

CNPJ/CPF: 026.465.253-38

CÓDIGO: 6536

CIDADE: São João do Arraial UF: PI

ENDEREÇO: Avenida Joaquim Barbosa

Nº 0

BAIRRO: Centro

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

Valor empenhado para pagamento de serviços mecânico prestado na manutenção corretiva de veículos prestados para a secretaria municipal de saúde.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

**3.900,00**

Valor por Extenso:

**três mil e novecentos reais** \*\*\*\*\*

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 29/04/2025

  
BENEDITA VILMA LIMA  
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 29/04/2025

  
ROSA MARIA DE MELO LIMA  
Secretária de Administração e Finanças



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

11.504.416/0001-63

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 429003 SUBEMPENHO N° 1

Table with 4 columns: NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1, FICHA: 224, DATA: 29/04/2025, REQUISIÇÃO:

Table with 2 columns: DOCUMENTO:, VENCIMENTO: 29/04/2025

Table with 2 columns: Fornecedor: 6536 Manoel Cleber Mota da Silva, CPF/CNPJ :026.465.253-38; ENDEREÇO: Avenida Joaquim Barbosa, São João do Arraial

Table with 2 columns: DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO (Valor empenhado para pagamento de serviços mecânico...), VALOR BRUTO (3.900,00), DESCONTOS (331,73)

Table with 2 columns: OR - Ordinario, VALOR A PAGAR (3.568,27)

Table with 2 columns: CÓDIGO (02, 02 03 331,73, 10.301.0025.2176.0000, 3.3.90.36.17, Desdobro 17), CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA (PODER EXECUTIVO, FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS, Manutenção das Ações do Programa NASF, OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA, MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE VEÍCULOS)

Table with 4 columns: VALOR DO EMPENHO (3.900,00), LIQUIDADO ATÉ A DATA (3.900,00), VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO (3.900,00), SALDO A LIQUIDAR (0,00)

Table with 2 columns: VALOR A SER PAGO R\$ (3.568,27), três mil, quinhentos e sessenta e oito reais e vinte e sete centavos \* \* \* \* \*

Table with 2 columns: DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE: (checkboxes for services, materials, work), DESPESA LIQUIDADADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64, SÃO JOÃO DO ARRAIAL 29/04/2025, Signature: Reginaida de Sousa Silva Servidora

Table with 1 column: A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO OU SUBEMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO. Signature: BENEDITA VILMA LIMA Secretária de Saúde



ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI  
CNPJ: 01612609000184

429003

**DEVE A** MANOEL CLEBER MOTA DA SILVA  
**Endereço** RUA RAIMUNDA PEREIRA, S/N

E S P E C I F I C A Ç Ã O		V A L O R			
Serviços mecânico prestado na manutenção corretiva de veiculos prestado para a Secretaria Municipal de Saúde		3.900,00			
<b>Importa a presente conta na quantia de R\$ 3.900,00 (Três Mil Novecentos Reais)</b>					
SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.					
_____ CREDOR					
O R D E M D E P A G A M E N T O					
<b>Declaro para os devidos fins que:</b> <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 ____ / ____ / ____		<b>Autorizo o pagamento, atendidas as formalidades legais.</b>  Em ____ / ____ / ____			
_____ SERVIDOR		_____ ORDENADOR DA DESPESA			
R E C I B O					
Valor Bruto	ISS	INSS	IRRF	Outros	Valor Líquido
3.900,00	117,00	0,00	214,73	0,00	3.568,27
<b>Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 3.568,27 (Três Mil Quinhentos e Sessenta e Oito Reais E Vinte e Sete Centavos), correspondente à conta acima especificada.</b>					
Pago em ____ / ____ / ____			Em ____ / ____ / ____		
Banco _____					
Conta N° _____					
Cheque _____					
_____ TESOUREIRO			_____ CREDOR CPF: 026.465.253-38		



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

Nº 108792

Data de Emissão: 29/04/2025

PRESTADOR DO SERVIÇO					
NOME:	MANOEL CLEBER MOTA DA SILVA				
ENDEREÇO:	RUA RAIMUNDA PEREIRA, S/N				
CIDADE:	SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI				
ATIVIDADE:					
RG/INSC. EST.:	CPF/CNPJ: 026.465.253-38				
USUÁRIO DO SERVIÇO					
NOME:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE				
ENDEREÇO:	AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556				
CIDADE:	SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI				
ATIVIDADE:					
RG/INSC. EST.:	CPF/CNPJ: 01.612.609/0001-84				
QTD.	UNID.	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	UNITÁRIO	TOTAL	
1	uni	Serviços mecânico prestado na manutenção corretiva de veiculos prestado para a Secretaria Municipal de Saúde	3.900,00	3.900,00	
			<b>TOTAL</b>	<b>3.900,00</b>	
Três Mil Novecentos Reais					
VALOR BASE	3.900,00	ALÍQUOTA	3 %	ISS	117,00
ASSINATURA DO EMITENTE		RECOLHIDO EM	MATRÍCULA		
		22/05/2025	Nº 465		



**2ª Via - Comprovante de Remessa de TED**  
via GovConta Caixa

<b>Tipo de TED:</b>	Terceiros
<b>Nome:</b>	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE
<b>Conta Origem:</b>	3834/006/00624010-2
<b>Tipo de Conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de Pessoa:</b>	Jurídica
<b>CPF/CNPJ:</b>	11.504.416/0001-63

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A
<b>Conta Destino:</b>	2048/00000030149-3
<b>Tipo de Conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de Pessoa:</b>	Física
<b>Nome do Destinatário:</b>	MANOEL CLEBER MOTA DE SILVA
<b>CPF/CNPJ Destinatário:</b>	026.465.253-38
<b>Valor:</b>	R\$ 3.568,27
<b>Valor da Tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	00010 - Crédito em Conta
<b>Identificação da Operação:</b>	MANOEL CLEBER MOTA D
<b>Histórico:</b>	TED

<b>Data de Débito:</b>	29/04/2025
<b>Data da Operação:</b>	29/04/2025
<b>Código da Operação:</b>	00118522
<b>Chave de Segurança:</b>	T36SA5AN5570YCHH
<b>Operação realizada com sucesso.</b>	