

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 429004

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA		
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		
3 3 90 36	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA		
3.3.90.36.19	MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS		
SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
21.464,00	28.536,00	1.200,00	20.264,00

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 Fed

CREADOR.: GERMANCIO DA CRUZ COSTA

CNPJ/CPF: 604.397.583-19

CÓDIGO: 17413 CIDADE: SÃO JOAO DO ARRAIAL PI

ENDEREÇO: RUA PROJETADA

Nº S/N BAIRRO: LIBERDADE

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE RETELHAMENTO NOS POSTOS DE SAÚDE.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...: 1.200,00

Valor por Extenso:

um 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: 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° 429004 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 FICHA: 224 DATA: 29/04/2025 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 29/04/2025

Fornecedor: 17413 GERMANCIO DA CRUZ COSTA CPF/CNPJ :604.397.583-19
ENDEREÇO: RUA PROJETADA SÃO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE RETELHAMENTO NOS POSTOS DE SAÚDE.	VALOR BRUTO 1.200,00 DESCONTOS 36,00
---	---

OR - Ordinario VALOR A PAGAR 1.164,00

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 36 10.301.0025.2176.0000 3.3.90.36.19 Desdobro 19	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Manutenção das Ações do Programa NASF OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
1.200,00	1.200,00	1.200,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$ 1.164,00
um mil, cento e sessenta e quatro 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 29/04/2025

Reginaida de Sousa Silva
Reginaida de Sousa Silva
Servidora

A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO OU SUBEMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.

Bleu
BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde



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

429004

DEVE A GERMACIO DA CRUZ COSTA
Endereço RUA PROJETADA,S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Retelhamento nos postos de saúde	1.200,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.200,00 (Um Mil Duzentos Reais)

SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.

CREDOR

ORDEN DE PAGAMENTO

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

RECIBO

Valor Bruto	ISS	INSS	IRRF	Outros	Valor Líquido
1.200,00	36,00	0,00	0,00	0,00	1.164,00

Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 1.164,00 (Um Mil Cento e Sessenta e Quatro Reais), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____ / ____ / ____ Em ____ / ____ / ____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

CREDOR
CPF: 604.397.583-19



2ª Via - Comprovante de Transferência de Valores
via GovConta Caixa

Emitente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE
Conta Origem:	3834/006/00624010-2

Conta Destino:	2741/1288/000752882279-6
Nome do Destinatário:	GERMACIO DA CRUZ COSTA
Valor:	R\$ 1.164,00
Identificação da Operação:	IDENTIFICACAO DA TRANSFER

Data de Débito:	29/04/2025 - 16:51:53
Data da Operação:	29/04/2025
Código da Operação:	80538725
Chave de Segurança:	4JC04RYU7WN12SL9

Operação realizada com sucesso.