

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 508006

| CÓDIGO                | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA                  |                     |                 |
|-----------------------|---|---------------------|-----------------|
| 02                    | PODER EXECUTIVO                                     |                     |                 |
| 03                    | SECRETARIA DE SAÚDE                                 |                     |                 |
| 03 . 01               | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS                      |                     |                 |
| 10.301.0025.2186.0000 | Ações do Programa de Saúde da Família-PSF           |                     |                 |
| <b>3 3 90 36</b>      | <b>OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA</b> |                     |                 |
| <b>3.3.90.36.06</b>   | <b>SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS</b>              |                     |                 |
| SALDO ANTERIOR        | EMPENHADO ATÉ A DATA                                | VALOR DESTA EMPENHO | SALDO ATUAL     |
| <b>2.793,00</b>       | <b>238.207,00</b>                                   | <b>1.518,00</b>     | <b>1.275,00</b> |

FICHA: 255 DATA: 08/05/2025 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.: Raimunda Viana de Oliveira

CNPJ/CPF: 919.234.253-15

CÓDIGO: 12306

CIDADE: São João do Arraial PI

ENDEREÇO: Localidade Currealinhos

Nº 0

BAIRRO: Centro

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

SERVIÇOS DE TÉCNICA DE ENFERMAGEM PRESTADO NO POSTO DE SAÚDE DA LOCALIDADE CURRALINHOS.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

**VALOR TOTAL...:**

**1.518,00**

Valor por Extenso:

**um mil, quinhentos e dezoito reais** \*\*\*\*\*

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 08/05/2025

BENEDITA VILMA LIMA  
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 08/05/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA  
Secretária de Administração e Finanças

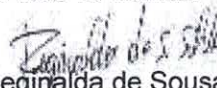
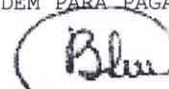


FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

11.504.416/0001-63

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 508006 SUBEMPENHO N° 1

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1  | FICHA: 255  | DATA: 08/05/2025  | REQUISIÇÃO:                                       |
|  |   | DOCUMENTO:  | VENCIMENTO: 08/05/2025                            |
| Fornecedor: 12306 Raimunda Viana de Oliveira<br>ENDEREÇO: Localidade Curralinhos   |   | CPF/CNPJ :919.234.253-15<br>São João do Arraial   |   |
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO<br>SERVIÇOS DE TÉCNICA DE ENFERMAGEM PRESTADO NO POSTO DE SAÚDE DA LOCALIDADE CURRALINHOS                                     |   |   | VALOR BRUTO<br>1.518,00<br><br>DESCONTOS<br>45,54 |
| OR - Ordinário   |   |   | VALOR A PAGAR<br>1.472,46                         |
| CÓDIGO   | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA  |   |   |
| 02<br>02 03 45,54<br>10.301.0025.2186.0000<br>3.3.90.36.06<br>Desdobre 06  | PODER EXECUTIVO<br>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS<br>Ações do Programa de Saúde da Família-PSF<br>OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA<br>SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS |   |   |
| VALOR DO EMPENHO   | LIQUIDADO ATÉ A DATA  | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO  | SALDO A LIQUIDAR                                  |
| 1.518,00   | 1.518,00  | 1.518,00  | 0,00  |
| VALOR A SER PAGO R\$   |   | 1.472,46  |   |
| um mil, quatrocentos e setenta e dois reais e quarenta e seis centavos * * * * *   |   |   |   |
| DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:  |   | DESPESA LIQUIDADADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64  |   |
| <input type="checkbox"/> Os Serviços Foram Prestados.<br><input type="checkbox"/> Os Materiais Foram Entregues.<br><input type="checkbox"/> A Obra Foi Realizada |   | SÃO JOÃO DO ARRAIAL 08/05/2025  |   |
|  |   | <br>Reginalda de Sousa Silva<br>Servidora |   |
| A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO OU SUBEMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.  |   |   |   |
| <br>BENEDITA VILMA LIMA<br>Secretária de Saúde                                |   |   |   |



ESTADO DO PIAUÍ  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL  
AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI  
CNPJ: 11504416000163

508006

**DEVE A RAIMUNDA VIANA DE OLIVEIRA**

**Endereço** LOCALIDADE CABECEIRAS FONE 86 8119-1299

| ESPECIFICAÇÃO  | VALOR    |
|--|----------|
| Serviços de técnica de enfermagem prestado no Posto de Saúde da Localidade Curralinhos | 1.518,00 |

Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.518,00 (Um Mil Quinhentos e Dezoito 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 |
|-------------|-------|------|------|--------|---------------|
| 1.518,00    | 45,54 | 0,00 | 0,00 | 0,00   | 1.472,46      |

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 1.472,46 (Um Mil Quatrocentos e Setenta e Dois Reais E Quarenta e Seis Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_

Conta N° \_\_\_\_\_

Cheque \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TESOUREIRO

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CREDOR

CPF: 919.234.253-15



## Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

|                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| <b>Tipo de TED:</b>    | TED para terceiros              |
| <b>Conta origem:</b>   | 3834 / 006 / 00624010-2         |
| <b>Tipo de conta:</b>  | 01 - Conta Corrente             |
| <b>Tipo de pessoa:</b> | JURÍDICA                        |
| <b>Nome:</b>           | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO |
| <b>CPF/CNPJ:</b>       | 11.504.416/0001-63              |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Banco:</b>                     | 001 - BCO DO BRASIL S.A. 00000000 - 00000000 |
| <b>Tipo de conta:</b>             | 01 - Conta Corrente                          |
| <b>Conta destino:</b>             | 2048 / 00000018713-5                         |
| <b>Tipo de pessoa:</b>            | FÍSICA                                       |
| <b>Nome:</b>                      | RAIMUNDA VIANA DE OLIVIERA                   |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                  | 919.234.253-15                               |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 1.472,46                                 |
| <b>Valor da tarifa:</b>           | R\$ 12,00                                    |
| <b>Finalidade:</b>                | 10 - Crédito em Conta                        |
| <b>Identificação da operação:</b> | RAIMUNDA VIANA DE OLIVEIR                    |
| <b>Histórico:</b>                 |  |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>          | 13/05/2025          |
| <b>Data / Hora da operação:</b> | 13/05/2025 14:51:03 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 00111207         |
| <b>Chave de segurança:</b> | 2MKY2AVGQZ57VJZJ |

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104