

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 508009

| 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    |             |
| 3 3 90 36             |                      | OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA |             |
| 3.3.90.36.06          |                      | SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS              |             |
| SALDO ANTERIOR        | EMPENHADO ATÉ A DATA | VALOR DESTES EMPENHO                         | SALDO ATUAL |
| 3.239,00              | 242.761,00           | 1.518,00                                     | 1.721,00    |

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...: TATIANA AGUIDA MESQUITA

CNPJ/CPF: 083.917.133-18

CÓDIGO: 14363 CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL

ENDEREÇO: LOCALIDADE CABACEIROS

Nº BAIRRO:

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

Valor empenhado para pagamento de serviços de técnica de enfermagem prestado na secretaria municipal de saúde.

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 SAUDE

11.504.416/0001-63

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N°

508009

SUBEMPENHO N°

1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO:

1

FICHA: 255

DATA: 08/05/2025

REQUISIÇÃO:

Fornecedor: 14363 TATIANA AGUIDA MESQUITA  
ENDEREÇO: LOCALIDADE CABACEIROS

DOCUMENTO:

VENCIMENTO: 08/05/2025

CPF/CNPJ :083.917.133-18  
SÃO JOÃO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

Valor empenhado para pagamento de serviços de técnica de enfermagem prestado na secretaria municipal de saúde.

VALOR BRUTO  
1.518,00

DESCONTOS  
45,54

OR - Ordinário

VALOR A PAGAR

1.472,46

CÓDIGO

CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA

02  
02 03 45,54  
10.301.0025.2186.0000  
3.3.90.36.06  
Desdobro 06

PODER EXECUTIVO  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS  
Ações do Programa de Saúde da Família-PSF  
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA  
SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS

VALOR DO EMPENHO

1.518,00

LIQUIDADO ATÉ A DATA

1.518,00

VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO

1.518,00

SALDO A LIQUIDAR

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:

- ☒ 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 08/05/2025

*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

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL

AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI

CNPJ: 11504416000163

508009

**DEVE A TATIANA AGUIDA MESQUITA****Endereço LOCALIDADE CABACEIROS**

| ESPECIFICAÇÃO                                                                   | VALOR    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Serviços de técnica de enfermagem prestado para a Secretaria Municipal de Saúde | 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

**ORDEN 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: 083.917.133-18



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 109022

Data de Emissão: 08/05/2025

| PRESTADOR DO SERVIÇO              |                                                 |                                                                                 |           |          |       |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-------|
| NOME:                             | TATIANA AGUIDA MESQUITA                         |                                                                                 |           |          |       |
| ENDEREÇO:                         | LOCALIDADE CABACEIROS                           |                                                                                 |           |          |       |
| CIDADE:                           | SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI                        |                                                                                 |           |          |       |
| ATIVIDADE:                        | TEC DE ENFERMAGEM                               |                                                                                 |           |          |       |
| RG/INSC. EST.:                    | CPF/CNPJ: 083.917.133-18                        |                                                                                 |           |          |       |
| USUÁRIO DO SERVIÇO                |                                                 |                                                                                 |           |          |       |
| NOME:                             | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAO JOÃO DO ARRAIAL |                                                                                 |           |          |       |
| ENDEREÇO:                         | AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556                    |                                                                                 |           |          |       |
| CIDADE:                           | SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI                        |                                                                                 |           |          |       |
| ATIVIDADE:                        |                                                 |                                                                                 |           |          |       |
| RG/INSC. EST.:                    | CPF/CNPJ: 11.504.416/0001-63                    |                                                                                 |           |          |       |
| QTD.                              | UNID.                                           | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS                                                          | UNITÁRIO  | TOTAL    |       |
| 1                                 | uni                                             | Serviços de tecnica de enfermagem prestado para a Secretaria Municipal de Saúde | 1.518,00  | 1.518,00 |       |
|                                   |                                                 |                                                                                 |           |          |       |
|                                   |                                                 |                                                                                 |           |          |       |
|                                   |                                                 |                                                                                 |           |          |       |
|                                   |                                                 |                                                                                 |           |          |       |
|                                   |                                                 |                                                                                 | TOTAL     | 1.518,00 |       |
| Um Mil Quinhentos e Dezoito Reais |                                                 |                                                                                 |           |          |       |
| VALOR BASE                        | 1.518,00                                        | ALÍQUOTA                                                                        | 3 %       | ISS      | 45,54 |
| ASSINATURA DO EMITENTE            |                                                 | RECOLHIDO EM                                                                    | MATRÍCULA |          |       |
|                                   |                                                 | 08/05/2025                                                                      | Nº 4451   |          |       |

## Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Gerenciador Financeiro CAIXA

|                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------|
| <b>Emitente:</b>      | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO |
| <b>Conta origem:</b>  | 3834   006   00624010-2         |
| <b>Conta destino:</b> | 3834   1288   000854163782-2    |

|                                   |                         |
|-----------------------------------|-------------------------|
| <b>Nome destinatário:</b>         | TATIANA AGUIDA MESQUITA |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 1.472,46            |
| <b>Identificação da operação:</b> | TATIANA AGUIDA MESQUITA |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>        | 13/05/2025          |
| <b>Data/hora da operação:</b> | 13/05/2025 16:42:43 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 39835041         |
| <b>Chave de segurança:</b> | EL0JJCENHHXSUQHX |

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