

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 508018

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				
10.301.0025.2186.0000	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				
		7.613,00	253.387,00	2.000,00	5.613,00

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.: Antonio Carlos Sotero da Silva

CNPJ/CPF: 032.511.273-81 CÓDIGO: 10577 CIDADE: São João do Arraial UF: PI
ENDEREÇO: Localidade Santa Maria Nº BAIRRO: Zona rural

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

Valor empenhado para pagamento de serviços de motorista prestados para a secretaria municipal de saúde, nas atividades desenvolvidas pelo programa de saúde da família.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

2.000,00

Valor por Extensão:

dois mil 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° 508018 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 255	DATA: 08/05/2025	REQUISIÇÃO:
DOCUMENTO:		VENCIMENTO: 08/05/2025	
Fornecedor: 10577 Antonio Carlos Sotero da Silva		CPF/CNPJ :032.511.273-81	
ENDEREÇO: Localidade Santa Maria		São João do Arraial	
DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO			VALOR BRUTO
Valor empenhado para pagamento de serviços de motorista prestados para a secretaria municipal de saúde, nas atividades desenvolvidas pelo programa de saúde da família.			2.000,00
			DESCONTOS
			60,00
OR - Ordinário			VALOR A PAGAR
			1.940,00
CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA		
02	PODER EXECUTIVO		
02 03 60	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS		
10.301.0025.2186.0000	Ações do Programa de Saúde da Família-PSF		
3.3.90.36.06	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA		
Desdobro 06	SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS		
VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
2.000,00	2.000,00	2.000,00	0,00
VALOR A SER PAGO R\$	1.940,00		
um mil, novecentos e quarenta reais * * * * *			
* * * * *			
DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:		DESPESA LIQUIDADADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64	
<input checked="" type="checkbox"/> Os Serviços Foram Prestados.		SÃO JOÃO DO ARRAIAL 08/05/2025	
<input checked="" type="checkbox"/> Os Materiais Foram Entregues.		 Reginalda de Sousa Silva Servidora	
<input checked="" type="checkbox"/> A Obra Foi Realizada			
A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO OU SUBEMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.			
 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

508018

DEVE A ANTONIO CARLOS SOTERO DA SILVA
Endereço LOC. SANTA MARIA

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Referente a pagamento de serviços de motorista prestados para secretaria municipal de saúde, nas atividades desenvolvidas pelo Programa de Saúde da Família	2.000,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 2.000,00 (Dois Mil 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
2.000,00	60,00	0,00	0,00	0,00	1.940,00

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 1.940,00 (Um Mil Novecentos e Quarenta Reais), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____ / ____ / ____
 Banco _____
 Conta N° _____
 Cheque _____

Em ____ / ____ / ____

 TESOUREIRO

 CREDOR
 CPF: 032.511.273-81

Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Gerenciador Financeiro CAIXA

Emitente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO
Conta origem:	3834 006 00624010-2
Conta destino:	3834 013 00022398-5

Nome destinatário:	ANTONIO CARLOS S DA SILVA
Valor:	R\$ 1.940,00
Identificação da operação:	ANTONIO CARLOS SOTERO DA

Data de débito:	13/05/2025
Data/hora da operação:	13/05/2025 16:45:50

Código da operação:	40496855
Chave de segurança:	2EW57VJKT05JR0R6

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