

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 508020

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
4.095,00		256.905,00	1.000,00	3.095,00

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.: Ana Maria do Nascimento Oliveira

CNPJ/CPF: 338.559.258-52

CÓDIGO: 12605

CIDADE: São João do Arraial PI

ENDEREÇO: Av. Joaquim Barbosa, s/n

Nº

BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO DA SEDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

1.000,00

Valor por Extensão:

um 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 SAÚDE

11.504.416/0001-63

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 508020 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 255	DATA: 08/05/2025	REQUISIÇÃO:
-----------------------	------------	------------------	-------------

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 08/05/2025

Fornecedor: 12605 Ana Maria do Nascimento Oliveira
ENDEREÇO: Av. Joaquim Barbosa, s/nCPF/CNPJ :338.559.258-52
São João do Arraial

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO DA SEDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

VALOR BRUTO

1.000,00

DESCONTOS

30,00

OR - Ordinário

VALOR A PAGAR

970,00

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 30 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	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
1.000,00	1.000,00	1.000,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$

970,00

novecentos e setenta 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 08/05/2025

Reginalda de Sousa Silva
Servidora

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

508020

DEVE A ANA MARIA DO NASCIMENTO OLIVEIRA

Endereço RUA JOÃO RIBEIRO

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços de manutenção da sede da Secretaria Municipal de Saúde	1.000,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.000,00 (Um Mil 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 ____/____/____

SERVIDORAutorizo o pagamento,
atendidas as formalidades legais.

Em ____/____/____

ORDENADOR DA DESPESA

RECIBO

Valor Bruto	ISS	INSS	IRRF	Outros	Valor Líquido
1.000,00	30,00	0,00	0,00	0,00	970,00

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 970,00 (Novecentos e Setenta Reais), correspondente à conta acima especificada.

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

Em ____/____/____

TESOUREIRO_____
CREDOR

CPF: 338.559.258-52



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 109053

Data de Emissão: 08/05/2025

PRESTADOR DO SERVIÇO					
NOME:	ANA MARIA DO NASCIMENTO OLIVEIRA				
ENDEREÇO:	RUA JOÃO RIBEIRO				
CIDADE:	SAO JOAO DO ARRAIAL - PI				
ATIVIDADE:	SERVIÇOS GERAIS				
RG/INSC. EST.:	CPF/CNPJ: 338.559.258-52				
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 manutenção da sede da Secretaria Municipal de Saúde	1.000,00	1.000,00	
			TOTAL	1.000,00	
Um Mil Reais					
VALOR BASE	1.000,00	ALÍQUOTA	3 %	ISS	30,00
ASSINATURA DO EMITENTE		RECOLHIDO EM	MATRÍCULA		
		08/05/2025	Nº 3261		

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 1288 000738477738-1

Nome destinatário:	ANA MARIA DO NASCIMENTO OLIVEIRA
Valor:	R\$ 970,00
Identificação da operação:	IDENTIFICACAO DA TRANSFER

Data de débito:	13/05/2025
Data/hora da operação:	13/05/2025 16:47:10

Código da operação:	40764038
Chave de segurança:	K64ZA5CQWHNZE80J

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104