

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 508022

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA	SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
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				
3.3.90.36.06	SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS				
		2.446,00	47.554,00	2.000,00	446,00

FICHA: 224 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.: FRANCILENE ALVES FERREIRA

CNPJ/CPF: 068.091.253-37

CÓDIGO: 14544 CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL PI

ENDEREÇO: RUA UNIÃO

Nº S/N BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

REFERENTE À SERVIÇOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

2.000,00

Valor por Extenso:

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° 508022 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 FICHA: 224 DATA: 08/05/2025 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 08/05/2025

Fornecedor: 14544 FRANCILENE ALVES FERREIRA CPF/CNPJ :068.091.253-37
ENDEREÇO: RUA UNIÃO SÃO JOÃO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR BRUTO
REFERENTE À SERVIÇOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE . 2.000,00
DESCONTOS
60,00

OR - Ordinario VALOR A PAGAR 1.940,00

CÓDIGO CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 PODER EXECUTIVO
02 03 60 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
10.301.0025.2176.0000 Manutenção das Ações do Programa NASF
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 LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64
 Os Serviços Foram Prestados.
 Os Materiais Foram Entregues.
 A Obra Foi Realizada
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
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

508022

DEVE A FRANCILENE ALVES FERREIRA
Endereço RUA JOSÉ TOMAZ DE LIMA, S/N

E S P E C I F I C A Ç Ã O		VALOR			
Serviços de enfermagem prestado na Unidade Básica de Saúde		2.000,00			
Importa a presente conta na quantia de R\$ 2.000,00 (Dois Mil Reais)					
SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.					
_____ CREDOR					
O R D E M D E P A G A M E N T O					
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			
R E C I B O					
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 ____ / ____ / ____			Em ____ / ____ / ____		
Banco _____					
Conta N° _____					
Cheque _____					
_____ TESOUREIRO			_____ CREDOR CPF: 068.091.253-37		



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 108974

Data de Emissão: 08/05/2025

PRESTADOR DO SERVIÇO

NOME: FRANCILENE ALVES FERREIRA
ENDEREÇO: RUA JOSÉ TOMAZ DE LIMA, S/N
CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
ATIVIDADE: ENFERMEIRA
RG/INSC. EST.: CPF/CNPJ: 068.091.253-37

USUÁRIO DO SERVIÇO

NOME: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO 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 enfermagem prestado na Unidade Básica de Saúde	2.000,00	2.000,00
			TOTAL	2.000,00

Dois Mil Reais

VALOR BASE	2.000,00	ALÍQUOTA	3 %	ISS	60,00
------------	----------	----------	-----	-----	-------

	RECOLHIDO EM	MATRÍCULA
ASSINATURA DO EMITENTE	15/05/2025	Nº 4544

Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

Banco:	001 - BCO DO BRASIL S.A. 00000000 - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2048 / 00000045482-6
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	FRANCILENE ALVES FERREIRA
CPF/CNPJ:	068.091.253-37
Valor:	R\$ 1.940,00
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	FRANCILENE ALVES FERREIRA
Histórico:	

Data de débito:	15/05/2025
Data / Hora da operação:	15/05/2025 13:47:33

Código da operação:	00108498
Chave de segurança:	GAMG9QPRVQPKN34F

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