

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 508034

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 DESTE EMPENHO	SALDO ATUAL
8.758,00	272.242,00	1.518,00	7.240,00

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.: ÉRICA MESQUITA DE OLIVEIRA

CNPJ/CPF: 615.137.803-28 CÓDIGO: 16813 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL PI
ENDEREÇO: LOCALIDADE SÃO JOSÉ Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

REFERENTE A SERVIÇOS DE TÉCNICA EM ENFERMAGEM PRESTADOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA LOCALIDADE SÃO JOSÉ

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° 508034 SUBEMPENHO N° 1

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

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 08/05/2025

Fornecedor: 16813 ÉRICA MESQUITA DE OLIVEIRA CPF/CNPJ :615.137.803-28
ENDEREÇO: LOCALIDADE SÃO JOSÉ SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR BRUTO
REFERENTE A SERVIÇOS DE TÉCNICA EM ENFERMAGEM PRESTADOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA L 1.518,00
LOCALIDADE SÃO JOSÉ DESCONTOS
45,54

OR - Ordinario VALOR A PAGAR 1.472,46

CÓDIGO CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 PODER EXECUTIVO
02 03 45,54 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
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 LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64
Os Serviços Foram Prestados. SÃO JOÃO DO ARRAIAL 08/05/2025
Os Materiais Foram Entregues.
A Obra Foi Realizada.
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

508034

DEVE A ÉRICA MESQUITA DE OLIVEIRA
Endereço LOCALIDADE SÃO JOSÉ

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços de técnica de enfermagem prestado no Unidade Básica de Saúde da localidade São José	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: 615.137.803-28

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 000775754243-0

Nome destinatário:	ERICA MESQUITA DE OLIVEIRA
Valor:	R\$ 1.472,46
Identificação da operação:	ERICA MESQUITA DE OLIVEIR

Data de débito:	13/05/2025
Data/hora da operação:	13/05/2025 16:35:43

Código da operação:	39498885
Chave de segurança:	WLTNYX0Z7879ZAJV

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