

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 508038

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		
3.3.90.36.30		SERVICOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS		
SALDO ANTERIOR		EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
24.204,00		276.796,00	5.200,00	19.004,00

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.: **ALMIR ALVES REBELO FILHO**

CNPJ/CPF: 772.586.903-44

CÓDIGO: 13987 CIDADE: ESPERANTINA U.F.: PI

ENDEREÇO: RUA CARVALHO E SILVA

Nº 313 BAIRRO: CENTRO

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

Valor empenhado para pagamento de serviços médicos em atendimentos ortopédicos prestados para a secretaria municipal de saúde.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: **OR - Ordinário**

VALOR TOTAL...: 5.200,00

Valor por Extenso:

cinco mil e duzentos 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° 508038 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 255	DATA: 08/05/2025	REQUISIÇÃO:
DOCUMENTO:		VENCIMENTO: 08/05/2025	
Fornecedor: 13987 ALMIR ALVES REBELO FILHO ENDEREÇO: RUA CARVALHO E SILVA		CPF/CNPJ :772.586.903-44 ESPERANTINA	
DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO Valor empenhado para pagamento de serviços médicos em atendimentos ortopédicos prestados para a secretaria municipal de saúde.			VALOR BRUTO 5.200,00 DESCONTOS 689,99
OR - Ordinário			VALOR A PAGAR 4.510,01
CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA		
02 02 03 689,99 10.301.0025.2186.0000 3.3.90.36.30 Desdobro 30	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Ações do Programa de Saúde da Família-PSF OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA SERVICOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS		
VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
5.200,00	5.200,00	5.200,00	0,00
VALOR A SER PAGO R\$ 4.510,01 quatro mil, quinhentos e dez reais e um centavo * * * * *			
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

508038

DEVE A **ALMIR ALVES REBELO FILHO**

Endereço RUA CARVALHO E SILVA, 313

E S P E C I F I C A Ç Ã O		VALOR			
Referente a pagamento de serviços médicos em atendimentos ortopédicos prestados para a Secretaria Municipal de Saúde		5.200,00			
Importa a presente conta na quantia de R\$ 5.200,00 (Cinco Mil Duzentos 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: ☐ os materiais foram recebidos. ☐ os serviços foram prestados. ☐ as despesas foram realizadas. ☐ as obras foram executadas. Em ____/____/____		Autorizo o pagamento, atendidas as formalidades legais. Em ____/____/____ _____ ORDENADOR DA DESPESA			
_____ SERVIDOR					
R E C I B O					
Valor Bruto	ISS	INSS	IRRF	Outros	Valor Líquido
5.200,00	156,00	0,00	533,99	0,00	4.510,01
Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 4.510,01 (Quatro Mil Quinhentos e Dez Reais E Um Centavo), correspondente à conta acima especificada.					
Pago em ____/____/____ Banco _____ Conta N° _____ Cheque _____		Em ____/____/____ _____ CREDOR CPF: 772.586.903-44			
_____ TESOUREIRO					



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 108981

Data de Emissão: 08/05/2025

PRESTADOR DO SERVIÇO

NOME: ALMIR ALVES REBELO FILHO
ENDEREÇO: RUA CARVALHO E SILVA, 313
CIDADE: ESPERANTINA - PI
ATIVIDADE: MEDICO
RG/INSC. EST.: CPF/CNPJ: 772.586.903-44

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	Referente a pagamento de serviços médicos em atendimentos ortopédicos prestados para a Secretaria Municipal de Saúde	5.200,00	5.200,00
			TOTAL	5.200,00

Cinco Mil Duzentos Reais

VALOR BASE	5.200,00	ALÍQUOTA	3 %	ISS	156,00
------------	----------	----------	-----	-----	--------

	RECOLHIDO EM	MATRÍCULA
ASSINATURA DO EMITENTE	08/05/2025	Nº 4217

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 / 00000016002-4
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	ALMIR ALVES REBELO FILHO
CPF/CNPJ:	772.586.903-44
Valor:	R\$ 4.510,01
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	ALMIR ALVES REBELO FILHO
Histórico:	

Data de débito:	13/05/2025
Data / Hora da operação:	13/05/2025 14:31:33

Código da operação:	00110494
Chave de segurança:	97GMT0USUM76RRSH

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