

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 508040

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
19.004,00	281.996,00	16.000,00	3.004,00

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.: **MARCOS ANTONIO DA SILVA MARQUES JUNIOR**

CNPJ/CPF: 068.144.873-30 CÓDIGO: 17377 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL PI
ENDEREÇO: Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

Valor empenhado para pagamento pelos serviços médicos em plantões prestados na unidade básica de saúde central.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário


VALOR TOTAL...: 16.000,00

Valor por Extenso:

dezesseis 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° 508040 SUBEMPENHO N° 1

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

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 08/05/2025

Fornecedor: 17377 MARCOS ANTONIO DA SILVA MARQUES JUNIOR CPF/CNPJ :068.144.873-30
ENDEREÇO: SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO Valor empenhado para pagamento pelos serviços médicos em plantões prestados na unidade básica de saúde central.	VALOR BRUTO 16.000,00 DESCONTOS 1.921,49
---	---

OR - Ordinario VALOR A PAGAR 14.078,51

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 1921,49 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
16.000,00	16.000,00	16.000,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$ 14.078,51
quatorze mil e setenta e oito reais e cinquenta e um centavos * * * * *

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
Reginalda de Sousa Silva
Servidora

A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO OU SUBEMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.

Blu
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

508040

DEVE A **MARCOS ANTONIO DA SILVA MARQUES JUNIOR**
Endereço RUA ITU, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços médicos plantonista prestado na Unidade Básica de Saúde central	16.000,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 16.000,00 (Dezesseis 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
16.000,00	480,00	0,00	1.441,49	0,00	14.078,51

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 14.078,51 (Quatorze Mil Setenta e Oito Reais E Cinquenta e Um Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____ / ____ / ____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____ / ____ / ____

CREDOR

CPF: 068.144.873-30

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:	0632 3701 000596056601-6

Nome destinatário:	MARCOS ANTONIO DA SILVA M JUNIOR
Valor:	R\$ 14.078,51
Identificação da operação:	MARCOS ANTONIO DA SILVA M

Data de débito:	13/05/2025
Data/hora da operação:	13/05/2025 16:26:40

Código da operação:	38770203
Chave de segurança:	JE07NYCKA7QLW601

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