

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 508043

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA	SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
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				
		9.804,00	301.196,00	3.200,00	6.604,00

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.: **Mauricelia Maria Silva Soares**

CNPJ/CPF: 042.315.743-40 CÓDIGO: 12827 CIDADE: São João do Arraial IF.: PI
ENDEREÇO: Av. Vicente Augusto, 1239 N° BAIRRO: Centro

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO PELO SERVIÇOS DE FISIOTERAPEUTA PRESTADO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...: 3.200,00

Valor por Extenso:

três 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 SAUDE

11.504.416/0001-63

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° **508043** SUBEMPENHO N° **1**

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

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 08/05/2025

Fornecedor: **12827 Mauricelia Maria Silva Soares** CPF/CNPJ :042.315.743-40
ENDEREÇO: Av. Vicente Augusto, 1239 São João do Arraial

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO PELO SERVIÇOS DE FISIOTERAPEUTA PRESTADO PARA A SECRETARIA A MUNICIPAL DE SAÚDE.	VALOR BRUTO 3.200,00 DESCONTOS 194,56
---	--

OR - Ordinario **VALOR A PAGAR 3.005,44**

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 194,56 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
3.200,00	3.200,00	3.200,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$ 3.005,44
três mil e cinco reais e quarenta e quatro 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

508043

DEVE A MAURICELIA MARIA SILVA SOARES
Endereço AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 1239

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços de fisioterapeuta prestado para a Secretaria Municipal de Saúde	3.200,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 3.200,00 (Três Mil Duzentos 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
3.200,00	96,00	0,00	98,56	0,00	3.005,44

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 3.005,44 (Três Mil Cinco Reais E Quarenta e Quatro Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____ / ____ / ____

Em ____ / ____ / ____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

CREDOR
CPF: 042.315.743-40

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 3701 000581780068-0

Nome destinatário:	MAURICELIA MARIA SILVA SOARES
Valor:	R\$ 3.005,44
Identificação da operação:	MAURICELIA MARIA SILVA SO

Data de débito:	13/05/2025
Data/hora da operação:	13/05/2025 16:27:52

Código da operação:	38987258
Chave de segurança:	JZ3Q3C6TVKFY1FEN

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