

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 508060

| CÓDIGO | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA | | |
|-----------------------|--|---------------------|-------------|
| 02 | PODER EXECUTIVO | | |
| 03 | SECRETARIA DE SAÚDE | | |
| 03.01 | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS | | |
| 10.301.0020.2160.0000 | Manutenção dos serviços municipais de saúde | | |
| 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 DESTA EMPENHO | SALDO ATUAL |
| 703.041,00 | 296.959,00 | 1.040,00 | 702.001,00 |

FICHA: 197 DATA: 08/05/2025 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com
FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR.: ANTONIA ALINY CARVALHO DO NASCIMENTO

CNPJ/CPF: 087.400.563-92 CÓDIGO: 17434 CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL PI
ENDEREÇO: LOCALIDADE A CABACEIRO Nº S/N BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO DE DIAS DE SERVIÇO COMO TÉCNICA DE ENFERMAGEM PRESTADO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA LOCALIDADE CABACEIRO.

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS

Aplicação: Saúde - Despesas com ASPS

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário


VALOR TOTAL...: 1.040,00

Valor por Extenso:

um mil e quarenta 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° 508060 SUBEMPENHO N° 1

| | | | |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 | FICHA: 197 | DATA: 08/05/2025 | REQUISIÇÃO: |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|

| | |
|------------|------------------------|
| DOCUMENTO: | VENCIMENTO: 08/05/2025 |
|------------|------------------------|

| | |
|---|---|
| Fornecedor: 17434 ANTONIA ALINY CARVALHO DO NASCIMENTO ENDEREÇO: LOCALIDADEA CABACEIRO | CPF/CNPJ :087.400.563-92 SÃO JOÃO DO ARRAIAL |
|---|---|

| | |
|--|---|
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO DE DIAS DE SERVIÇO COMO TÉCNICA DE ENFERMAGEM PRESTADO N A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA LOCALIDADE CABACEIRO. | VALOR BRUTO 1.040,00 DESCONTOS 31,20 |
|--|---|

| | | |
|----------------|---------------|----------|
| OR - Ordinario | VALOR A PAGAR | 1.008,80 |
|----------------|---------------|----------|

| CÓDIGO | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA |
|--|---|
| 02 02 03 31,2 10.301.0020.2160.0000 3.3.90.36.06 Desdobro 06 | PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Manutenção dos serviços municipais de saúde OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS |

| VALOR DO EMPENHO | LIQUIDADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO | SALDO A LIQUIDAR |
|------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| 1.040,00 | 1.040,00 | 1.040,00 | 0,00 |

| | |
|--|----------|
| VALOR A SER PAGO R\$ | 1.008,80 |
| um mil e oito reais e oitenta centavos * * * * * | |

| | |
|---|--|
| DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE: | DESPESA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Os Serviços Foram Prestados. <input checked="" type="checkbox"/> Os Materiais Foram Entregues. <input checked="" type="checkbox"/> 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 Secretária de Saúde |



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
CNPJ: 01612609000184

508060

DEVE A **ANTONIA ALINY CARVALHO DO NASCIMENTO**
Endereço LOCALIDADE CABACEIROS

| ESPECIFICAÇÃO | VALOR |
|--|----------|
| Dias trabalhados em serviços de técnica de enfermagem prestado na Unidade Básica de Saúde da localidade Cabaceiros | 1.040,00 |

Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.040,00 (Um Mil Quarenta 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 |
|-------------|-------|------|------|--------|---------------|
| 1.040,00 | 31,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.008,80 |

Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 1.008,80 (Um Mil Oito Reais E Oitenta Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____ / ____ / ____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____ / ____ / ____

CREDOR

CPF: 087.400.563-92



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

N° 108962

Data de Emissão: 08/05/2025

| PRESTADOR DO SERVIÇO | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|--|------------------|-----------------|--------------|
| NOME: | ANTONIA ALINY CARVALHO DO NASCIMENTO | | | | |
| ENDEREÇO: | LOCALIDADE CABACEIROS | | | | |
| CIDADE: | SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI | | | | |
| ATIVIDADE: | | | | | |
| RG/INSC. EST.: | CPF/CNPJ: 087.400.563-92 | | | | |
| USUÁRIO DO SERVIÇO | | | | | |
| NOME: | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | | | | |
| ENDEREÇO: | AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 | | | | |
| CIDADE: | SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI | | | | |
| ATIVIDADE: | | | | | |
| RG/INSC. EST.: | CPF/CNPJ: 01.612.609/0001-84 | | | | |
| QTD. | UNID. | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | UNITÁRIO | TOTAL | |
| 1 | UNI | Dias trabalhados em serviços de tecnica de enfermagem prestado na Unidade Básica de Saúde da localidade Cabaceiros | 1.040,00 | 1.040,00 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | TOTAL | 1.040,00 | |
| Um Mil Quarenta Reais | | | | | |
| VALOR BASE | 1.040,00 | ALÍQUOTA | 3 % | ISS | 31,20 |
| ASSINATURA DO EMITENTE | | RECOLHIDO EM | MATRÍCULA | | |
| | | 08/05/2025 | N° 5810 | | |

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
14/05/2025 - AUTOATENDIMENTO - 11.27.45
2048602048 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: PM SAO JOAO ARRAIAL -FUS

AGENCIA: 2048-6 CONTA: 11.090-6

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : PM SAO JOAO ARRAIAL -FUS

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 3834-2 - ESPERANTINA

CONTA: 863.257.612-5

FAVORECIDO: ANTONIA ALINY CARVALHO DO NASCIMENT

CPF/CNPJ: 087.400.563-92

VALOR: R\$ 1.008,80

DEBITO EM: 13/05/2025

=====

DOCUMENTO: 051331

AUTENTICACAO SISBB: 2.F33.B7E.FF3.F22.23E