

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 509015

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA	SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
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				
		618.754,00	381.246,00	1.000,00	617.754,00

FICHA: 197 DATA: 09/05/2025 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com
FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR.: CHARLANE MARIA ALMEIDA DE SOUSA

CNPJ/CPF: 014.478.253-73 CÓDIGO: 17393 CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRÁIL PI
ENDEREÇO: RUA PROJETADA Nº S/N BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO DE DIAS TRABALHADOS EM SERVIÇOS DE APOIO AS ATIVIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS Aplicação: Saúde - Despesas com ASPS

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...: 1.000,00

Valor por Extenso:

um mil reais *****

Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

EMPENHO AUTORIZADO EM: 09/05/2025

BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde

O VALOR REFERENTE A ESTE EMPENHO, FOI DEVIDAMENTE DEDUZIDO DO CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO.

EMPENHADO EM: 09/05/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA
Secretária de Administração e Finanças



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

11.504.416/0001-63

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 509015 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 197	DATA: 09/05/2025	REQUISIÇÃO:
-----------------------	------------	------------------	-------------

DOCUMENTO:	VENCIMENTO: 09/05/2025
------------	------------------------

Fornecedor: 17393 CHARLANE MARIA ALMEIDA DE SOUSA ENDEREÇO: RUA PROJETADA	CPF/CNPJ :014.478.253-73 SÃO JOÃO DO ARRAIL
--	--

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO DE DIAS TRABALHADOS EM SERVIÇOS DE APOIO AS ATIVIDADES D A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.	VALOR BRUTO 1.000,00 DESCONTOS 30,00
--	---

OR - Ordinario	VALOR A PAGAR	970,00
----------------	---------------	--------

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 30 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
1.000,00	1.000,00	1.000,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$	970,00
novecentos e setenta reais * * * * * * * * * *	

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE: <input checked="" type="checkbox"/> Os Serviços Foram Prestados. <input checked="" type="checkbox"/> Os Materiais Foram Entregues. <input checked="" type="checkbox"/> A Obra Foi Realizada	DESPESA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64 SÃO JOÃO DO ARRAIAL 09/05/2025 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

509015

DEVE A CHARLANE MARIA ALMEIDA DE SOUSA
Endereço RUA PROJETADA, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços de apoio a ações e atividades da Secretaria Municipal de Saúde	1.000,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.000,00 (Um 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
1.000,00	30,00	0,00	0,00	0,00	970,00

Recebi da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PI, a quantia líquida de R\$ 970,00 (Novecentos e Setenta Reais), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____ / ____ / ____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____ / ____ / ____

CREDOR
CPF: 014.478.253-73

09/05/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:26:51
204802048 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: PM SAO JOAO ARRAIAL -FUS
AGENCIA: 2048-6 CONTA: 11.090-6

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	09/05/2025
NR. DOCUMENTO	550.129.000.026.208
VALOR TOTAL	970,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CHARLANE MARIA A SOUSA
AGENCIA: 0129-5 CONTA: 26.208-0
NR. DOCUMENTO 552.048.000.011.090

=====

NR.AUTENTICACAO	D.9A3.44F.DC9.525.8AB
-----------------	-----------------------