

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 520002

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 14		DIÁRIAS - CIVIL		
3.3.90.14.02		DIARIAS - NO PAIS (FORA DO ESTADO)		
SALDO ANTERIOR		EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
10.370,00		630,00	480,00	9.890,00

FICHA: 253 DATA: 20/05/2025

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.: Zilmar Aristides de Carvalho

CNPJ/CPF: 850.890.443-68

CÓDIGO: 6939

CIDADE: São João do Arraial PI

ENDEREÇO: Loc. Chapada da Sinda

Nº

BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO NA COBERTURA DE VIAGEM À Brasília-DF, PARA TRATAR DE ASSUNTOS DE INTERESSE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, NOS DIAS 20 E 21/05/2025, CONFORME AS EXIGÊNCIAS DO DECRETO 004/2025 DE 13 DE MARÇO DE 2025.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL....:

480,00

Valor por Extensão:

quatrocentos e oitenta reais *****

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 20/05/2025

BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 20/05/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA
Secretária de Administração e Finanças



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

11.504.416/0001-63

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 520002 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 253	DATA: 20/05/2025	REQUISIÇÃO:
DOCUMENTO:		VENCIMENTO: 20/05/2025	
Fornecedor: 6939 Zilmar Aristides de Carvalho		CPF/CNPJ :850.890.443-68	
ENDEREÇO: Loc. Chapada da Sindá		São João do Arraial	
DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO NA COBERTURA DE VIAGEM À Brasília-DF, PARA TRATAR DE ASSUNTOS DE INTERESSE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, NOS DIAS 20 E 21/05/2025, CONFORME AS EXIGÊNCIAS DO DECRETO 004/2025 DE 13 DE MARÇO DE 2025.			VALOR BRUTO 480,00 DESCONTOS 0,00
OR - Ordinário			VALOR A PAGAR 480,00
CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA		
02 02 03 0 10.301.0025.2186.0000 3.3.90.14.02 Desdobro 02	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Ações do Programa de Saúde da Família-PSF DIÁRIAS - CIVIL DIARIAS - NO PAIS (FORA DO ESTADO)		
VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
480,00	480,00	480,00	0,00
VALOR A SER PAGO R\$ 480,00 quatrocentos e oitenta reais * * * * *			
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 20/05/2025 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
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL

AVENIDA VICENTE AUGUSTO - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - ESTADO DO PIAUÍ

CNPJ: 01.612.609/0001-84

DEVE A ZILMAR ARISTIDE DE CARVALHO
Endereço RUA PAULO BERNARDINO, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Cobertura de viagem a Brasília -DF, para tratar de assuntos interesse da Secretaria Municipal de Saúde, nos dias 20 e 21/05/2025, conforme as exigencias do Decreto 004/2025 de 13 de março de 2025.	480,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 480,00 (Quatrocentos e Oitenta 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
480,00	0,00	0,00	0,00	0,00	480,00

Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - SÃO JOÃO DO ARRAIAL, a quantia líquida de R\$ 480,00 (Quatrocentos e Oitenta Reais), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____/____/____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____/____/____

CREDOR

CPF: 850.890.443-68



ESTADO DO PIAUÍ

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL

AVENIDA VICENTE AUGUSTO - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - ESTADO DO PIAUÍ

REQUISIÇÃO DE DIÁRIAS

AUTORIDADE A QUEM É DIRIGIDA A REQUISIÇÃO	
Sr. (a)	BENEDITA VILMA LIMA - SEC MUN DE SAÚDE

Tendo em vista a necessidade de viagem para tratar de assuntos de interesse da administração municipal fora do Município, vimos solicitar, nos termos da legislação vigente, as diárias para cobertura de gastos resultantes do deslocamento, conforme especificado na presente requisição.

AGENTE POLÍTICO OU SERVIDOR REQUISITANTE	
NOME	ZILMAR ARISTIDE DE CARVALHO
CARGO OU FUNÇÃO	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

OBJETIVO	Cobertura de viagem a Brasília -DF, para tratar de assuntos interesse da Secretaria Municipal de Saúde, nos dias 20 e 21/05/2025, conforme as exigências do Decreto 004/2025 de 13 de março de 2025.
----------	--

DESTINO	BRASILIA-DF	PERÍODO DA VIAGEM 20 e 21/05/2025
---------	-------------	--------------------------------------

QUANTIDADE DE DIÁRIAS	2	VALOR UNITÁRIO	240,00	VALOR TOTAL	480,00
-----------------------	---	----------------	--------	-------------	--------

VALOR POR EXTENSO	Quatrocentos e Oitenta Reais
-------------------	------------------------------

SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.

Requisitante



ESTADO DO PIAUÍ

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL

AVENIDA VICENTE AUGUSTO - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - ESTADO DO PIAUÍ

AUTORIZAÇÃO DE DIÁRIAS

NOME DO REQUISITANTE	ZILMAR ARISTIDE DE CARVALHO				
CARGO OU FUNÇÃO	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE				
OBJETIVO	Cobertura de viagem a Brasília -DF, para tratar de assuntos interesse da Secretaria Municipal de Saúde, nos dias 20 e 21/05/2025, conforme as exigências do Decreto 004/2025 de 13 de março de 2025.				
DESTINO	BRASILIA-DF			PERÍODO DA VIAGEM 20 e 21/05/2025	
QUANTIDADE DE DIÁRIAS	2	VALOR UNITÁRIO	240,00	VALOR TOTAL	480,00
VALOR POR EXTENSO	Quatrocentos e Oitenta Reais				

AUTORIZO AS DIÁRIAS. PAGUE-SE nos termos requeridos.

SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.

Ordenador da Despesa

CERTIFICO que as despesas resultantes deste processo foram realizadas de acordo com a legislação pertinente e com os objetivos propostos pelo requerente.

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 000599213611-4

Nome destinatário:	ZILMAR ARISTIDE DE CARVALHO
Valor:	R\$ 480,00
Identificação da operação:	IDENTIFICACAO DA TRANSFER

Data de débito:	20/05/2025
Data/hora da operação:	20/05/2025 16:08:21

Código da operação:	24763351
Chave de segurança:	61YMXZUMA9ZRZSA8

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104