

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 527001

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		
3.3.90.36.14		LOCAÇÃO DE IMÓVEIS		
SALDO ANTERIOR		EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
731.330,00		268.670,00	1.200,00	730.130,00

FICHA: 197 DATA: 27/05/2025 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com
FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR.: Almir Araújo Rocha

CNPJ/CPF: 007.552.203-90

CÓDIGO: 11725 CIDADE: São João do Arraial UF: PI

ENDEREÇO: Rua José Tomaz de Lima, S/N

Nº 0 BAIRRO: Centro

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

Valor empenhado para pagamento referente a aluguel de prédio para funcionamento da sede da secretaria municipal de saúde.

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS

Aplicação: Saúde - Despesas com ASPS

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...: 1.200,00

Valor por Extensão:

um 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: 27/05/2025

BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 27/05/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA
Secretária de Administração e Finanças



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

11.504.416/0001-63

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 527001 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 197	DATA: 27/05/2025	REQUISIÇÃO:
DOCUMENTO:		VENCIMENTO: 27/05/2025	
Fornecedor: 11725 Almir Araújo Rocha		CPF/CNPJ :007.552.203-90	
ENDEREÇO: Rua José Tomaz de Lima, S/N		São João do Arraial	
DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO Valor empenhado para pagamento referente a aluguel de prédio para funcionamento da sede da secretaria municipal de saúde.			VALOR BRUTO 1.200,00 DESCONTOS 0,00
OR - Ordinário			VALOR A PAGAR 1.200,00
CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA		
02 02 03 0 10.301.0020.2160.0000 3.3.90.36.14 Desdobro 14	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Manutenção dos serviços municipais de saúde OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA LOCAÇÃO DE IMÓVEIS		
VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
1.200,00	1.200,00	1.200,00	0,00
VALOR A SER PAGO R\$		1.200,00	
um mil e duzentos reais * * * * *			
* * * * *			
DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:		DESPESA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64	
☒ Os Serviços Foram Prestados. ☒ Os Materiais Foram Entregues. ☒ A Obra Foi Realizada		SÃO JOÃO DO ARRAIAL 27/05/2025 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			

527001



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 **ALMIR ARAÚJO ROCHA**

Endereço RUA JOSE TOMAZ DE LIMA, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Referente a pagamento de aluguel de prédio para funcionamento da Sede da Secretaria Municipal de Saúde	1.200,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.200,00 (Um 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
1.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.200,00

Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - ESTADO DO PIAUÍ, a quantia líquida de R\$ 1.200,00 (Um Mil Duzentos Reais), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____/____/____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____/____/____

CREDOR

CPF: 007.552.203-90

27/05/2025 - BANCO DO BRASIL - 12:50:13
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	27/05/2025
NR. DOCUMENTO	552.048.000.033.044
VALOR TOTAL	1.200,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALMIR ARAUJO ROCHA
AGENCIA: 2048-6 CONTA: 33.044-2

NR. DOCUMENTO 552.048.000.011.090

=====

NR.AUTENTICACAO	3.46C.DAD.951.964.6C8
-----------------	-----------------------