

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 701001

| 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 |
| 461.960,00            |  | 538.040,00                                   | 1.518,00            | 460.442,00  |

FICHA: 197 DATA: 01/07/2025 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com  
FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR.: ALINE DA SILVA CARVALHO

CNPJ/CPF: 624.910.843-25

CÓDIGO: 15018 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL PI

ENDEREÇO: RUA JOSÉ TOMAZ DE LIMA

Nº 1229 BAIRRO:

**Discriminação do Material e/ou Serviço..:**

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE TÉCNICA DE  
ENFERMAGEM RESTADO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS

Aplicação: Saúde - Despesas com ASPS

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL....:

1.518,00

Valor por Extenso:

um mil, quinhentos e dezoito reais \*\*\*\*\*

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 01/07/2025

BENEDITA VILMA LIMA  
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 01/07/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA  
Secretária de Administração e Finanças



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

11.504.416/0001-63

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 701001 SUBEMPENHO N° 1

|                       |            |                  |             |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 | FICHA: 197 | DATA: 01/07/2025 | REQUISIÇÃO: |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|

|            |                        |
|------------|------------------------|
| DOCUMENTO: | VENCIMENTO: 01/07/2025 |
|------------|------------------------|

Fornecedor: 15018 ALINE DA SILVA CARVALHO  
ENDEREÇO: RUA JOSÉ TOMAZ DE LIMA

CPF/CNPJ :624.910.843-25  
SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE TÉCNICA DE ENFERMAGEM RESTADO PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

VALOR BRUTO

1.518,00

DESCONTOS

45,54

OR - Ordinário

VALOR A PAGAR

1.472,46

| CÓDIGO                                                                    | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 02<br>02 03 45,54<br>10.301.0020.2160.0000<br>3.3.90.36.06<br>Desdobro 06 | PODER EXECUTIVO<br>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS<br>Manutenção dos serviços municipais de saúde<br>OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA<br>SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS |

| VALOR DO EMPENHO | LIQUIDADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO | SALDO A LIQUIDAR |
|------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| 1.518,00         | 1.518,00             | 1.518,00               | 0,00             |

VALOR A SER PAGO R\$

1.472,46

um mil, quatrocentos e setenta e dois reais e quarenta e seis 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 01/07/2025

*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.

*Benedita Vilma Lima*  
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

**DEVE A** **ALINE DA SILVA CARVALHO**  
**Endereço** RUA JOSÉ TOMAZ DE LIMA, 1229

| E S P E C I F I C A Ç Ã O                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | V A L O R                                                                                                                     |                                        |        |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------|---------------|
| Serviços de técnica de enfermagem prestado para a Secretaria Municipal da Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                 |       | 1.518,00                                                                                                                      |                                        |        |               |
| Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.518,00 (Um Mil Quinhentos e Dezoito Reais)                                                                                                                                                                                                                                                         |       |                                                                                                                               |                                        |        |               |
| SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                                                                                                                               |                                        |        |               |
| _____<br>CREDOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                               |                                        |        |               |
| O R D E M D E P A G A M E N T O                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                               |                                        |        |               |
| <p>Declaro para os devidos fins que:</p> <p><input type="checkbox"/> os materiais foram recebidos.</p> <p><input type="checkbox"/> os serviços foram prestados.</p> <p><input type="checkbox"/> as despesas foram realizadas.</p> <p><input type="checkbox"/> as obras foram executadas.</p> <p>Em ____/____/____</p> <p>_____<br/>SERVIDOR</p> |       | <p>Autorizo o pagamento, atendidas as formalidades legais.</p> <p>Em ____/____/____</p> <p>_____<br/>ORDENADOR DA DESPESA</p> |                                        |        |               |
| R E C I B O                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                               |                                        |        |               |
| Valor Bruto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ISS   | INSS                                                                                                                          | IRRF                                   | Outros | Valor Líquido |
| 1.518,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 45,54 | 0,00                                                                                                                          | 0,00                                   | 0,00   | 1.472,46      |
| Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 1.472,46 (Um Mil Quatrocentos e Setenta e Dois Reais E Quarenta e Seis Centavos), correspondente à conta acima especificada.                                                                                                                           |       |                                                                                                                               |                                        |        |               |
| Pago em ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                                                                                                                               | Em ____/____/____                      |        |               |
| Banco _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                                                                               |                                        |        |               |
| Conta N° _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |                                                                                                                               |                                        |        |               |
| Cheque _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |                                                                                                                               |                                        |        |               |
| _____<br>TESOUREIRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |                                                                                                                               | _____<br>CREDOR<br>CPF: 624.910.843-25 |        |               |





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

Nº 111380

Data de Emissão: 01/07/2025

| PRESTADOR DO SERVIÇO              |                                                 |                                                                                 |           |          |       |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-------|
| NOME:                             | ALINE DA SILVA CARVALHO                         |                                                                                 |           |          |       |
| ENDEREÇO:                         | RUA JOSÉ TOMAZ DE LIMA, 1229                    |                                                                                 |           |          |       |
| CIDADE:                           | SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI                        |                                                                                 |           |          |       |
| ATIVIDADE:                        |                                                 |                                                                                 |           |          |       |
| RG/INSC. EST.:                    | CPF/CNPJ: 624.910.843-25                        |                                                                                 |           |          |       |
| USUÁRIO DO SERVIÇO                |                                                 |                                                                                 |           |          |       |
| NOME:                             | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAO JOÃO DO ARRAIAL |                                                                                 |           |          |       |
| ENDEREÇO:                         | AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556                    |                                                                                 |           |          |       |
| CIDADE:                           | SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI                        |                                                                                 |           |          |       |
| ATIVIDADE:                        |                                                 |                                                                                 |           |          |       |
| RG/INSC. EST.:                    | CPF/CNPJ: 11.504.416/0001-63                    |                                                                                 |           |          |       |
| QTD.                              | UNID.                                           | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS                                                          | UNITÁRIO  | TOTAL    |       |
| 1                                 | UNI                                             | Serviços de tecnica de enfermagem prestado para a Secretaria Municipal da Saúde | 1.518,00  | 1.518,00 |       |
|                                   |                                                 |                                                                                 |           |          |       |
|                                   |                                                 |                                                                                 |           |          |       |
|                                   |                                                 |                                                                                 |           |          |       |
|                                   |                                                 |                                                                                 | TOTAL     | 1.518,00 |       |
| Um Mil Quinhentos e Dezoito Reais |                                                 |                                                                                 |           |          |       |
| VALOR BASE                        | 1.518,00                                        | ALÍQUOTA                                                                        | 3 %       | ISS      | 45,54 |
| ASSINATURA DO EMITENTE            |                                                 | RECOLHIDO EM                                                                    | MATRÍCULA |          |       |
|                                   |                                                 | 10/09/2025                                                                      | Nº 4711   |          |       |



## Emissão de comprovantes

G3320209253304301  
02/07/2025 09:31:55

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
02/07/2025 - AUTOATENDIMENTO - 09.31.56  
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: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 2414-7 - PA TERESINA JOCKEY I

CONTA: 1.009.018-0

FAVORECIDO: ALINE DA SILVA CARVALHO

CPF/CNPJ: 624.910.843-25

VALOR: R\$ 1.472,46

DEBITO EM: 01/07/2025

=====

DOCUMENTO: 070101

AUTENTICACAO SISBB: 4.058.660.416.E2F.6DF

Transação efetuada com sucesso por: JH605531 ANTONIO MIRANDA DE SOUSA.