

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 715036

| 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 DESTES EMPENHO | SALDO ATUAL |
| 791.153,00            |  | 188.847,00                                   | 1.518,00             | 789.635,00  |

FICHA: 198 DATA: 15/07/2025

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.: Alice Magalhães Pinto

CNPJ/CPF: 068.662.783-09

CÓDIGO: 13339 CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL

ENDEREÇO: Localidade Canela

Nº BAIRRO: zona rural

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

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO DE DIAS DE SERVIÇOS DE TÉCNICA DE ENFERMAGEM PRESTADOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CENTRAL.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL....:

1.518,00

Valor por Extensão:

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: 15/07/2025

BENEDITA VILMA LIMA  
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 15/07/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA  
Secretária de Administração e Finanças



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

11.504.416/0001-63

**NOTA DE LIQUIDAÇÃO**EMPENHO N° **715036** SUBEMPENHO N° **1**

|                              |            |                  |             |
|------------------------------|------------|------------------|-------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO: <b>1</b> | FICHA: 198 | DATA: 15/07/2025 | REQUISIÇÃO: |
|------------------------------|------------|------------------|-------------|

|            |                        |
|------------|------------------------|
| DOCUMENTO: | VENCIMENTO: 15/07/2025 |
|------------|------------------------|

Fornecedor: **13339 Alice Magalhães Pinto**  
ENDEREÇO: Localidade CanelaCPF/CNPJ :068.662.783-09  
SAO JOAO DO ARRAIAL

|                                                                                                                                                                     |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO<br>VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO DE DIAS DE SERVIÇOS DE TÉCNICA DE ENFERMAGEM PRESTADOS N<br>A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CENTRAL. | VALOR BRUTO<br>1.518,00<br><br>DESCONTOS<br>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             |

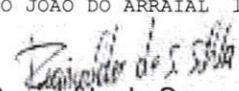
|                                                                                |          |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------|
| VALOR A SER PAGO R\$                                                           | 1.472,46 |
| um mil, quatrocentos e setenta e dois reais e quarenta e seis centavos * * * * |          |

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

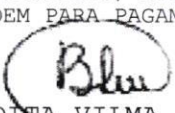
- ☒ Os Serviços Foram Prestados.
- ☒ Os Materiais Foram Entregues.
- ☒ A Obra Foi Realizada

DESPESA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64

SÃO JOÃO DO ARRAIAL 15/07/2025

  
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

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL

AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI

CNPJ: 11504416000163

715036

DEVE A ALICE MAGALHÃES PINTO

Endereço LOCALIDADE CANELA

| ESPECIFICAÇÃO                                                                 | VALOR    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Serviços de técnico de enfermagem prestado na Unidade Básica de Saúde central | 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 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
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 |
|-------------|-------|------|------|--------|---------------|
| 1.518,00    | 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_

Conta N° \_\_\_\_\_

Cheque \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TESOUREIRO

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CREDOR

CPF: 068.662.783-09





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 111356

Data de Emissão: 15/07/2025

| PRESTADOR DO SERVIÇO              |                                                 |                                                                               |           |          |       |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-------|
| NOME:                             | ALICE MAGALHÃES PINTO                           |                                                                               |           |          |       |
| ENDEREÇO:                         | LOCALIDADE CANELA                               |                                                                               |           |          |       |
| CIDADE:                           | SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI                        |                                                                               |           |          |       |
| ATIVIDADE:                        | TEC DE ENFERMAGEM                               |                                                                               |           |          |       |
| RG/INSC. EST.:                    | CPF/CNPJ: 068.662.783-09                        |                                                                               |           |          |       |
| 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 tecnico de enfermagem prestado na Unidade Básica de Saude central | 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 |
|                                   |                                                 | RECOLHIDO EM                                                                  | MATRÍCULA |          |       |
| ASSINATURA DO EMITENTE            |                                                 | 15/07/2025                                                                    | Nº 3731   |          |       |

**Comprovante de Transação TEV**

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 23/07/2025 às 09:52:53

**Dados do Pagamento**

**Conta Origem:** 3834 / 2200 / 000575830973-3

**Conta Destino:** 3834 / 1288 / 000850798218-0

**Dados do Destinatário**

**Nome:** ALICE MAGALHAES PINTO

**Valor:** R\$ 1.472,46

**Informações do Pagamento**

**Data da Transação:** 16/07/2025

**Código da Operação:** 161110

**Chave de Segurança:** N959AGFQ1VE4TZG9

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

SAC CAIXA

**0800 726 0101**

Pessoas com deficiência auditiva Alô CAIXA

**0800 726 2492**

Ouvidoria

**0800 725 7474**

**0800 104 0104**