

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 725001

| 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         |                      |                   |
| <b>3 3 90 36</b>      | <b>OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA</b> |                      |                   |
| <b>3.3.90.36.14</b>   | <b>LOCAÇÃO DE IMÓVEIS</b>                           |                      |                   |
| SALDO ANTERIOR        | EMPENHADO ATÉ A DATA                                | VALOR DESTES EMPENHO | SALDO ATUAL       |
| <b>353.862,00</b>     | <b>646.138,00</b>                                   | <b>1.200,00</b>      | <b>352.662,00</b> |

FICHA: 197 DATA: 25/07/2025 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 Extenso:

**um mil e duzentos reais** .....

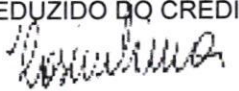
Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

EMPENHO AUTORIZADO EM: 25/07/2025

  
BENEDITA VILMA LIMA  
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 25/07/2025

  
ROSA MARIA DE MELO LIMA  
Secretária de Administração e Finanças

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 725001 SUBEMPENHO N° 1

|                                                                                                                           |                                              |                                                              |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1                                                                                                     | FICHA: 197                                   | DATA: 25/07/2025                                             | REQUISIÇÃO:      |
| DOCUMENTO:                                                                                                                |                                              | VENCIMENTO: 25/07/2025                                       |                  |
| 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 BRUTO      |
| Valor empenhado para pagamento referente a aluguel de prédio para funcionamento da sede da secretaria municipal de saúde. |                                              |                                                              | 1.200,00         |
|                                                                                                                           |                                              |                                                              | DESCONTOS        |
|                                                                                                                           |                                              |                                                              | 0,00             |
| OR - Ordinário                                                                                                            |                                              |                                                              | VALOR A PAGAR    |
|                                                                                                                           |                                              |                                                              | 1.200,00         |
| CÓDIGO                                                                                                                    | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA           |                                                              |                  |
| 02                                                                                                                        | PODER EXECUTIVO                              |                                                              |                  |
| 02 03 0                                                                                                                   | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS               |                                                              |                  |
| 10.301.0020.2160.0000                                                                                                     | Manutenção dos serviços municipais de saúde  |                                                              |                  |
| 3.3.90.36.14                                                                                                              | OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA |                                                              |                  |
| Desdobro 14                                                                                                               | 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 |                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Os Serviços Foram Prestados.                                                          |                                              | SÃO JOÃO DO ARRAIAL 25/07/2025                               |                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Os Materiais Foram Entregues.                                                         |                                              | Reginalda de Sousa Silva                                     |                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> A Obra Foi Realizada                                                                  |                                              | 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** **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

25/07/2025 - BANCO DO BRASIL - 12:57:44  
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 | 25/07/2025          |
| 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 | 9.D97.FA9.1EB.5CC.288 |
|-----------------|-----------------------|

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

