

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 915042

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 36		OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA		
3.3.90.36.30		SERVICOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS		
SALDO ANTERIOR		EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
11.839,00		358.161,00	5.200,00	6.639,00

FICHA: 255 DATA: 15/09/2025

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.: ALMIR ALVES REBELO FILHO

CNPJ/CPF: 772.586.903-44

CÓDIGO: 13987 CIDADE: ESPERANTINA U.F.: PI

ENDEREÇO: RUA CARVALHO E SILVA

Nº 313 BAIRRO: CENTRO

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

Valor empenhado para pagamento de serviços médicos em atendimentos ortopédicos prestados para a secretaria municipal de saúde.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL....: 5.200,00

Valor por Extensão:

cinco 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: 15/09/2025

BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 15/09/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA
Secretária de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 915042 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 255	DATA: 15/09/2025	REQUISIÇÃO:
-----------------------	------------	------------------	-------------

DOCUMENTO:	VENCIMENTO: 15/09/2025
------------	------------------------

Fornecedor: 13987 ALMIR ALVES REBELO FILHO
ENDEREÇO: RUA CARVALHO E SILVA

CPF/CNPJ :772.586.903-44
ESPERANTINA

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO	VALOR BRUTO
Valor empenhado para pagamento de serviços médicos em atendimentos ortopédicos prestados para a secretaria municipal de saúde.	5.200,00
	DESCONTOS
	521,27

OR - Ordinário	VALOR A PAGAR	4.678,73
----------------	---------------	----------

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 521,27 10.301.0025.2186.0000 3.3.90.36.30 Desdcbro 30	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Ações do Programa de Saúde da Família-PSF OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA SERVICOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
5.200,00	5.200,00	5.200,00	0,00

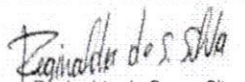
VALOR A SER PAGO R\$	4.678,73
quatro mil, seiscentos e setenta e oito reais e setenta e três centavos * * * *	
* * * * *	

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

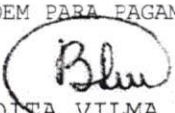
- () Os Serviços Foram Prestados.
() Os Materiais Foram Entregues.
() A Obra Foi Realizada

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

SÃO JOÃO DO ARRAIAL 15/09/2025


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



2ª Via - Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 17/09/2025 às 11:40:06

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO

Conta Origem: 03834/2200.000575830973-3

Tipo Conta: Tipo de conta não encontrada

CPF/CNPJ: 11.504.416/0001-63

Dados do Recebedor

Conta Destino: 001/2048/00000016002-4

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: ALMIR ALVES REBELO FILHO

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico:

CPF/CNPJ: 772.586.903-44

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 4.678,73

Valor Tarifa: R\$ 0,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 15/09/2025

Data da Operação: 15/09/2025

Código da Operação: 60744641

Chave de Segurança: 93WVV1XF64H1L0U3

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

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492