

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 919001

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 14	DIÁRIAS - CIVIL		
3.3.90.14.01	DIARIAS - NO PAIS (DENTRO DO ESTADO)		
SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
875,00	10.125,00	150,00	725,00

FICHA: 187 DATA: 19/09/2025 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com
FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR...: Antonio de Melo Lima

CNPJ/CPF: 564.684.073-20

CÓDIGO: 10154 CIDADE: São João do Arraial F.: PI

ENDEREÇO:

Nº BAIRRO: Centro

Discriminação do Material e/ou Serviço...:

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO NA COBERTURA DE VIAGEM À TERESINA-PI, TRATANDO DE ASSUNTOS DE INTERESSE DESTA MUNICIPALIDADE, NO DIA 19/09/2025, CONFORME AS EXIGÊNCIAS DO DECRETO 004/2025 DE 13 DE MARÇO DE 2025.

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS

Aplicação: Saúde - Despesas com ASPS

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...: 150,00

Valor por Extenso:

cento e cinquenta reais *****

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 19/09/2025

BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 19/09/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA
Secretária de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 919001 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 FICHA: 187 DATA: 19/09/2025 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO:

VENCIMENTO: 19/09/2025

Fornecedor: 10154 Antonio de Melo Lima
ENDEREÇO:

CPF/CNPJ :564.684.073-20
São João do Arraial

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO NA COBERTURA DE VIAGEM À TERESINA-PI, TRATANDO DE ASSUNTOS DE INTERESSE DESTA MUNICIPALIDADE, NO DIA 19/09/2025, CONFORME AS EXIGÊNCIAS DO DECRET 004/2025 DE 13 DE MARÇO DE 2025.

VALOR BRUTO

150,00

DESCONTOS

0,00

OR - Ordinário

VALOR A PAGAR

150,00

CODIGO

CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA

02
02 03 0
10.301.0020.2160.0000
3.3.90.14.01
Desdcbro 01

PODER EXECUTIVO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
Manutenção dos serviços municipais de saúde
DIÁRIAS - CIVIL
DIARIAS - NO PAIS (DENTRO DO ESTADO)

VALOR DO EMPENHO

LIQUIDADO ATÉ A DATA

VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO

SALDO A LIQUIDAR

150,00

150,00

150,00

0,00

VALOR A SER PAGO R\$

150,00

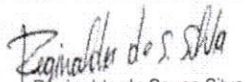
cento e cinquenta reais * * * * *
* * * * *

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

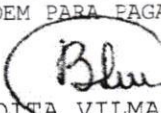
- ☐ Os Serviços Foram Prestados.
☐ Os Materiais Foram Entregues.
☐ A Obra Foi Realizada

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

SÃO JOÃO DO ARRAIAL 19/09/2025


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



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 **ANTONIO DE MELO LIMA**
Endereço **AVENIDA VICENTE AUGUSTO, S/N**

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Cobertura de viagem a Teresina -PI, para tratar assuntos de interesse da secretaria municipal de saúde, no dia 19/09/2025, conforme as exigencias do Decreto 004/2025 de 13 de março de 2025.	150,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 150,00 (Cento e Cinquenta 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
150,00	0,00	0,00	0,00	0,00	150,00

Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - SÃO JOÃO DO ARRAIAL, a quantia líquida de R\$ 150,00 (Cento e Cinquenta Reais), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____/____/____
Banco _____
Conta N° _____
Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____/____/____

CREDOR

CPF: 564.684.073-20



ESTADO DO PIAUÍ

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL

AVENIDA VICENTE AUGUSTO - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - ESTADO DO PIAUÍ

REQUISIÇÃO DE DIÁRIAS

AUTORIDADE A QUEM É DIRIGIDA A REQUISIÇÃO	
Sr. (a)	BENEDITA VILMA LIMA - SEC MUN DE SAÚDE

Tendo em vista a necessidade de viagem para tratar de assuntos de interesse da administração municipal fora do Município, vimos solicitar, nos termos da legislação vigente, as diárias para cobertura de gastos resultantes do deslocamento, conforme especificado na presente requisição.

AGENTE POLÍTICO OU SERVIDOR REQUISITANTE					
NOME	ANTONIO DE MELO LIMA				
CARGO OU FUNÇÃO	SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL				
OBJETIVO	Cobertura de viagem a Teresina -PI, para tratar assuntos de interesse da secretaria municipal de saúde, no dia 19/09/2025, conforme as exigencias do Decreto 004/2025 de 13 de março de 2025.				
DESTINO	TERESINA			PERÍODO DA VIAGEM 19/09/2025	
QUANTIDADE DE DIÁRIAS	1	VALOR UNITÁRIO	150,00	VALOR TOTAL	150,00
VALOR POR EXTENSO	Cento e Cinquenta Reais				

SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.

Requisitante



ESTADO DO PIAUÍ

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL

AVENIDA VICENTE AUGUSTO - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - ESTADO DO PIAUÍ

AUTORIZAÇÃO DE DIÁRIAS

NOME DO REQUISITANTE	ANTONIO DE MELO LIMA				
CARGO OU FUNÇÃO	SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL				
OBJETIVO	Cobertura de viagem a Teresina -PI, para tratar assuntos de interesse da secretaria municipal de saúde, no dia 19/09/2025, conforme as exigencias do Decreto 004/2025 de 13 de março de 2025.				
DESTINO	TERESINA			PERÍODO DA VIAGEM	19/09/2025
QUANTIDADE DE DIÁRIAS	1	VALOR UNITÁRIO	150,00	VALOR TOTAL	150,00
VALOR POR EXTENSO	Cento e Cinquenta Reais				

AUTORIZO AS DIÁRIAS. PAGUE-SE nos termos requeridos.

SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.

Ordenador da Despesa

CERTIFICO que as despesas resultantes deste processo foram realizadas de acordo com a legislação pertinente e com os objetivos propostos pelo requerente.

19/09/2025 - BANCO DO BRASIL - 12:16:55
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 19/09/2025
NR. DOCUMENTO 552.048.000.022.500
VALOR TOTAL 150,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO DE MELO LIMA
AGENCIA: 2048-6 CONTA: 22.500-2
NR. DOCUMENTO 552.048.000.011.090
=====

NR.AUTENTICACAO 9.CE8.FD4.667.FEE.38B