

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 919003

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		
3.3.90.36.14		LOCAÇÃO DE IMÓVEIS		
SALDO ANTERIOR		EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
4.374,05		7.625,95	1.500,00	2.874,05

FICHA: 200 DATA: 19/09/2025

CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 999 000 Não se aplica

FONTE DE RECURSO: 621 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Esta

CREDOR.: JOÃO ALCIDES SILVA LIMA

CNPJ/CPF: 069.890.373-00

CÓDIGO: 17586

CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL PI

ENDEREÇO: RUA JOSÉ TOMAZ DE LIMA

Nº S/N

BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO REFERENTE A LOCAÇÃO DE IMÓVEL PARA FUNCIONAMENTO DO SAMU, REF A AGOSTO/2025

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL....:

1.500,00

Valor por Extenso:

um mil e quinhentos 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° 919003 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 200	DATA: 19/09/2025	REQUISIÇÃO:
-----------------------	------------	------------------	-------------

DOCUMENTO:	VENCIMENTO: 19/09/2025
------------	------------------------

Fornecedor: 17586 JOÃO ALCIDES SILVA LIMA
ENDEREÇO: RUA JOSÉ TOMAZ DE LIMA

CPF/CNPJ :069.890.373-00
SÃO JOÃO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

VALOR EMPENHADO REFERENTE A LOCAÇÃO DE IMÓVEL PARA FUNCIONAMENTO DO SAMU, REF A AGOSTO/2025

VALOR BRUTO
1.500,00

DESCONTOS
0,00

OR - Ordinário

VALOR A PAGAR

1.500,00

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 0 10.301.0020.2160.0000 3.3.90.36.14 Desdcbro 14	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Manutenção dos serviços municipais de saúde OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA LOCAÇÃO DE IMÓVEIS

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
1.500,00	1.500,00	1.500,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$

1.500,00

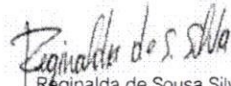
um mil e quinhentos reais * * * * *

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 **JOÃO ALCIDES SILVA LIMA**
Endereço RUA JOSÉ TOMAZ DE LIMA, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Locação de imóvel para funcionamento do SAMU, correspondente ao mês de agosto de 2025	1.500,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.500,00 (Um Mil Quinhentos 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
1.500,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.500,00

Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - ESTADO DO PIAUÍ, a quantia líquida de R\$ 1.500,00 (Um Mil Quinhentos Reais), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____/____/____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____/____/____

CREDOR

CPF: 069.890.373-00



Emissão de comprovantes

G3322108571290091
21/09/2025 14:39:42

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/09/2025 - AUTOATENDIMENTO - 14.39.36
2048602048 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: FUNDO SAUDE SJA CIB CUSTE

AGENCIA: 2048-6 CONTA: 37.923-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : FUNDO SAUDE SJA CIB CUSTE

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 3834-2 - ESPERANTINA

CONTA: 783.565.996-5

FAVORECIDO: JOAO ALCIDES DA SILVA LIMA

CPF/CNPJ: 069.890.373-00

VALOR: R\$ 1.500,00

DEBITO EM: 19/09/2025

=====

DOCUMENTO: 091901

AUTENTICACAO SISBB: 7.037.584.66A.0D7.042

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