

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

2024

NOTA DE EMPENHO Nº 1227075

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA	SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
02	PODER EXECUTIVO				
03	SECRETARIA DE SAÚDE				
03.01	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS				
10.301.0025.2188.0000	Ações do Programa de Incentivo à Saúde Bucal				
3 3 90 36	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA				
3.3.90.36.30	SERVICOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS				
		6.625,00	83.375,00	3.210,00	3.415,00

FICHA: 265 DATA: 27/12/2024 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.: JOÃO MARCOS GOMES RIBEIRO

CNPJ/CPF: 057.047.043-95

CÓDIGO: 15011 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL PI

ENDEREÇO: RUA 12 DE DEZEMBRO

Nº BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE CIRURGIÃO DENTISTA PRESTADOS NO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL-PSB NESTE MUNICIPIO.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

3.210,00

Valor por Extenso:

três mil, duzentos e dez reais *****

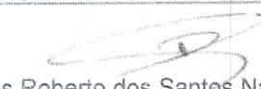
Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

EMPENHO AUTORIZADO EM: 27/12/2024


JOÃO ZILTON DE MELO LIMA
SECRETÁRIO DE SAÚDE

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

EMPENHADO EM: 27/12/2024


Carlos Roberto dos Santos Nascimento
Secretário de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° **1227075** SUBEMPENHO N° **1**

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: **1** FICHA: **265** DATA: **27/12/2024** REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: **27/12/2024**

Fornecedor: **15011 JOÃO MARCOS GOMES RIBEIRO** CPF/CNPJ: **057.047.043-95**
 ENDEREÇO: **RUA 12 DE DEZEMBRO** SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE CIRURGIÃO DENTISTA PRESTADOS NO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL-PSB NESTE MUNICIPIO.	VALOR BRUTO 3.210,00 DESCONTOS 207,40
---	--

OR - Ordinário VALOR A PAGAR **3.002,60**

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 207,4 10.301.0025.2188.0000 3.3.90.36.30 Desdobro 30	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Ações do Programa de Incentivo à Saúde Bucal OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA SERVICOS MEDICOS E ODCNTOLOGICOS

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
3.210,00	3.210,00	3.210,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$ **3.002,60**
 três mil e dois reais e sessenta centavos * * * * *

- DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:
- Os Serviços Foram Prestados.
 - Os Materiais Foram Entregues.
 - A Obra Foi Realizada

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

SÃO JOÃO DO ARRAIAL 27/12/2024

Reginalda de Sousa Silva
Reginalda de Sousa Silva
 Servidora

A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO OU SUBEMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.

João Zilton de Melo Lima
JOAO ZILTON DE MELO LIMA
 SECRETÁRIO 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

1227075

DEVE A **JOÃO MARCOS GOMES RIBEIRO**
Endereço RUA 12 DE DEZEMBRO, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Referente a pagamento de serviços de cirurgião dentista prestados no Programa de Saúde Bucal - PSB neste município.	3.210,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 3.210,00 (Três Mil Duzentos e Dez Reais)

SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.

CREDOR

ORDEM 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
3.210,00	96,30	0,00	111,10	0,00	3.002,60

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 3.002,60 (Três Mil Dois Reais E Sessenta Centavos), correspondente à conta acima especificada.

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

TESOUREIRO

Em ____ / ____ / ____

CREDOR
CPF: 057.047.043-95

Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3834 / 006 / 00624010-2
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO
CPF/CNPJ:	11.504.416/0001-63

Banco:	001 - BCO DO BRASIL S.A. 00000000 - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	1637 / 00000067469-9
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	JOAO MARCOS GOMES RIBEIRO
CPF/CNPJ:	057.047.043-95
Valor:	R\$ 3.002,60
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	JOAO MARCOS GOMES RIBEIRO
Histórico:	

Data de débito:	27/12/2024
Data / Hora da operação:	27/12/2024 15:15:36

Código da operação: 00123679**Chave de segurança:** 86NNK69YMGKKJUWQ

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104