

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 311008**

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				
<b>3 3 90 36</b>	<b>OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA</b>				
<b>3.3.90.36.06</b>	<b>SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS</b>				
		<b>69.215,00</b>	<b>10.785,00</b>	<b>3.210,00</b>	<b>66.005,00</b>

FICHA: 265 DATA: 11/03/2024 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 999 000 Não se aplica  
FONTE DE RECURSO: 600 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Fede

CREDOR.: **JOÃO MARCOS GOMES RIBEIRO**

CNPJ/CPF: 057.047.043-95 CÓDIGO: 15011 CIDADE: SAO JOAO DO ARRRAIAL 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** \*\*\*\*\*

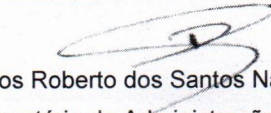
Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

EMPENHO AUTORIZADO EM:11/03/2024

  
ALCIONEIDE GOMES LOPES  
SECRETÁRIA DE SAÚDE

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

EMPENHADO EM: 11/03/2024

  
Carlos Roberto dos Santos Nascimento  
Secretário de Administração e Finanças

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N°	<b>311008</b>	SUBEMPENHO N°	<b>1</b>
------------	---------------	---------------	----------

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: <b>1</b>	FICHA: 265	DATA: 11/03/2024	REQUISIÇÃO:
------------------------------	------------	------------------	-------------

DOCUMENTO:	VENCIMENTO: 11/03/2024
------------	------------------------

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

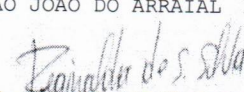
DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE CIRUGIÃO DENTISTA PRESTADOS NO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL-PSB NESTE MUNICIPIO.	VALOR BRUTO 3.210,00  DESCONTOS 207,40
--	--


OR - Ordinario	<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>3.002,60</b>
----------------	----------------------	-----------------

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 207,4 10.301.0025.2188.0000 3.3.90.36.06 Desdobro 06	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Ações do Programa de Incentivo à Saúde Bucal OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS

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

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

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:	DESPESA LIQUIDADADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64
<input type="checkbox"/> Os Serviços Foram Prestados. <input type="checkbox"/> Os Materiais Foram Entregues. <input type="checkbox"/> A Obra Foi Realizada	SÃO JOÃO DO ARRAIAL 11/03/2024
	 <b>Reginalda de Sousa Silva</b> Servidora

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

311008

**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



ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL  
AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556  
CEP 64.155-000 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI  
CNPJ 01612609000184

Nota Fiscal de Serviço Avulso

Nº 98822

Data de Emissão: 11/03/2024

**PRESTADOR DO SERVIÇO**

NOME: JOÃO MARCOS GOMES RIBEIRO  
ENDEREÇO: RUA 12 DE DEZEMBRO, S/N  
CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI  
ATIVIDADE: DENTISTA  
RG/INSC. EST.:  
CPF/CNPJ: 057.047.043-95

**USUÁRIO DO SERVIÇO**

NOME: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAO JOÃO DO ARRAIAL  
ENDEREÇO: AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556  
CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI  
ATIVIDADE:  
RG/INSC. EST.:  
CPF/CNPJ: 11.504.416/0001-63

QTD.	UNID.	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	UNITÁRIO	TOTAL
1	UNI	Referente a pagamento de serviços de cirurgião dentista prestados no Programa de Saúde Bucal - PSB neste município.	3.210,00	3.210,00
			<b>TOTAL</b>	<b>3.210,00</b>

Três Mil Duzentos e Dez Reais

VALOR BASE	3.210,00	ALÍQUOTA	3 %	ISS	96,30
------------	----------	----------	-----	-----	-------

ASSINATURA DO EMITENTE	RECOLHIDO EM	MATRÍCULA
	11/03/2024	Nº 4702

## 2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	1637 / 00000067469-9
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	JOAO MARCOS GOMES RIBEIRO
<b>CPF/CNPJ:</b>	057.047.043-95
<b>Valor:</b>	R\$ 3.002,60
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 11,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	JOAO MARCOS GOMES RI
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	12/03/2024
<b>Data / Hora da operação:</b>	12/03/2024 16:31:50

<b>Código da operação:</b>	00113015
<b>Chave de segurança:</b>	SUXKWCJUGX7W8LRY

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