

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 411005

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA	SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES 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>3.3.90.36.30</b>	<b>SERVICOS MEDICOS E ODONTOLOGICOS</b>				
		<b>76.800,00</b>	<b>3.200,00</b>	<b>3.200,00</b>	<b>73.600,00</b>

FICHA: 264 DATA: 11/04/2025 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.: JEOVANNA CRISLA DE SOUSA PONTES LIMA

CNPJ/CPF: 621.964.943-56 CÓDIGO: 17433 CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL  
ENDEREÇO: AVENIDA VICENTE ALGUSTO Nº S/N BAIRRO: CENTRO

**Discriminação do Material e/ou Serviço..:**

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

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

**VALOR TOTAL...: 3.200,00**

Valor por Extenso:

**três 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: 11/04/2025

  
BENEDITA VILMA LIMA  
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 11/04/2025

  
ROSA MARIA DE MELO LIMA  
Secretária de Administração e Finanças



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

11.504.416/0001-63

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 411005 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 264	DATA: 11/04/2025	REQUISIÇÃO:
-----------------------	------------	------------------	-------------

DOCUMENTO:	VENCIMENTO: 11/04/2025
------------	------------------------

Fornecedor: 17433 JEOVANNA CRISLA DE SOUSA PONTES LIMA ENDERECO: AVENIDA VICENTE ALGUSTO	CPF/CNPJ :621.964.943-56 SÃO JOÃO DO ARRAIAL
---	---

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO REFERENTE A PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE CIRURGIÃO DENTISTA PRESTADOS NO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL-PSB NESTE MUNICIPIO.	VALOR BRUTO 3.200,00  DESCONTOS 194,56
---	--

OR - Ordinario	VALOR A PAGAR	3.005,44
----------------	---------------	----------

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 194,56 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 ODONTOLOGICOS

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
3.200,00	3.200,00	3.200,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$	3.005,44
três mil e cinco reais e quarenta e quatro 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 11/04/2025

*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.

*B. Lima*  
BENEDITA VILMA LIMA  
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

411005

**DEVE A** JEOVANNA CRISLA DE SOUSA PONTES LIMA  
**Endereço** AVENIDA VICENTE AUGUSTO, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Referente a pagamento de serviços de cirurgião dentista prestados no Programa de Saúde Bucal - PSB neste município.	3.200,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 3.200,00 (Três Mil Duzentos 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
3.200,00	96,00	0,00	98,56	0,00	3.005,44

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 3.005,44 (Três Mil Cinco Reais E Quarenta e Quatro Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Banco \_\_\_\_\_  
Conta N° \_\_\_\_\_  
Cheque \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TESOUREIRO

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CREDOR

CPF: 621.964.943-56



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

**Nota Fiscal de Serviço Avulso**

N° 108420

Data de Emissão: 11/04/2025

PRESTADOR DO SERVIÇO	
NOME:	JEOVANNA CRISLA DE SOUSA PONTES LIMA
ENDEREÇO:	AVENIDA VICENTE AUGUSTO, S/N
CIDADE:	SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
ATIVIDADE:	CIRURGIÃ DENTISTA
RG/INSC. EST.:	CPF/CNPJ: 621.964.943-56
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.	3.200,00	3.200,00
			<b>TOTAL</b>	<b>3.200,00</b>

Três Mil Duzentos Reais

<b>VALOR BASE</b>	<b>3.200,00</b>	<b>ALÍQUOTA</b>	<b>3 %</b>	<b>ISS</b>	<b>96,00</b>
-------------------	-----------------	-----------------	------------	------------	--------------

<b>ASSINATURA DO EMITENTE</b>	<b>RECOLHIDO EM</b> 11/04/2025	<b>MATRÍCULA</b> N° 5801
-------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------

## Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Emitente:</b>	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO
<b>Conta origem:</b>	3834   006   00624010-2
<b>Conta destino:</b>	3834   1288   000857369257-8

<b>Nome destinatário:</b>	JEOVANNA CRISLLA S P LIMA
<b>Valor:</b>	R\$ 3.005,44
<b>Identificação da operação:</b>	JEOVANNA CRISLLA S P LIMA

<b>Data de débito:</b>	11/04/2025
<b>Data/hora da operação:</b>	11/04/2025 16:31:32

<b>Código da operação:</b>	07605182
<b>Chave de segurança:</b>	6W2QJGGWU9HW77NM

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104