

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 508026

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>70.400,00</b>	<b>9.600,00</b>	<b>3.200,00</b>	<b>67.200,00</b>

FICHA: 264 DATA: 08/05/2025 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 PI  
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 MUNICIPIO.

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: 08/05/2025

  
BENEDITA VILMA LIMA  
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 08/05/2025

  
ROSA MARIA DE MELO LIMA  
Secretária de Administração e Finanças



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

11.504.416/0001-63

# NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 508026 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 FICHA: 264 DATA: 08/05/2025 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 08/05/2025

Fornecedor: 17433 JEOVANNA CRISLA DE SOUSA PONTES LIMA CPF/CNPJ :621.964.943-56  
ENDEREÇO: AVENIDA VICENTE ALGUSTO 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 Desdobre 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 08/05/2025

*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.

*Blm*  
 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

508026

**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° 108992

Data de Emissão: 08/05/2025

**PRESTADOR DO SERVIÇO**

NOME: JEOVANNA CRISLA DE SOUSA PONTES LIMA  
ENDEREÇO: AVENIDA VICENTE AUGUSTO, S/N  
CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI  
ATIVIDADE: CIRURGIÁ 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

VALOR BASE	3.200,00	ALÍQUOTA	3 %	ISS	96,00
------------	----------	----------	-----	-----	-------

ASSINATURA DO EMITENTE	RECOLHIDO EM 08/05/2025	MATRÍCULA 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>	13/05/2025
<b>Data/hora da operação:</b>	13/05/2025 16:28:45

<b>Código da operação:</b>	39054564
<b>Chave de segurança:</b>	W31NXWZHMFPVPT3

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