

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 508028

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA		
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		
SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
67.200,00	12.800,00	3.200,00	64.000,00

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.: LETICIA EMANUELLY PROBO ALVES

CNPJ/CPF: 073.259.953-93 CÓDIGO: 17436 CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL PI
ENDEREÇO: RUA PAULO BERNARDINO Nº S/N BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO REFERENTE A SERVIÇOS DE CIRURGIÃ DENTISTA PRESTADO NO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL-PSB.

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° 508028 SUBEMPENHO N° 1

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

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 08/05/2025

Fornecedor: 17436 LETICIA EMANUELLY PROBO ALVES CPF/CNPJ :073.259.953-93
ENDEREÇO: RUA PAULO BERNARDINO SÃO JOÃO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR BRUTO
VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO REFERENTE A SERVIÇOS DE CIRURGIÃ DENTISTA PRESTADO NO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL-PSB. 3.200,00
DESCONTOS
96,00

OR - Ordinario VALOR A PAGAR 3.104,00

CÓDIGO CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 PODER EXECUTIVO
02 03 96 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
10.301.0025.2188.0000 Ações do Programa de Incentivo à Saúde Bucal
3.3.90.36.30 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA
Desdobro 30 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\$ 3.104,00
três mil, cento e quatro reais * * * * *

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE: DESPESA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64
 Os Serviços Foram Prestados.
 Os Materiais Foram Entregues.
 A Obra Foi Realizada
SÃO JOÃO DO ARRAIAL 08/05/2025
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
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL
AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
CNPJ: 11504416000163

508028

DEVE A LETICIA EMANUELLY PROBO ALVES
Endereço RUA PAULO BERNARDINO, S/N

E S P E C I F I C A Ç Ã O	V A L O R
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

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
3.200,00	96,00	0,00	0,00	0,00	3.104,00

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 3.104,00 (Três Mil Cento e Quatro Reais), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____ / ____ / ____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____ / ____ / ____

CREDOR

CPF: 073.259.953-93



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

Nº 108995

Data de Emissão: 08/05/2025

PRESTADOR DO SERVIÇO

NOME: LETICIA EMANUELLY PROBO ALVES
ENDEREÇO: RUA PAULO BERNARDINO, S/N
CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
ATIVIDADE: CIRURGIÃ DENTISTA
RG/INSC. EST.: CPF/CNPJ: 073.259.953-93

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
			TOTAL	3.200,00

Três Mil Duzentos Reais

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

ASSINATURA DO EMITENTE	RECOLHIDO EM	MATRÍCULA
	08/05/2025	Nº 5800

Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Gerenciador Financeiro CAIXA

Emitente:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO
Conta origem:	3834 006 00624010-2
Conta destino:	0699 1288 000785309448-6

Nome destinatário:	LETICIA EMANUELLY PROBO ALVES
Valor:	R\$ 3.104,00
Identificação da operação:	LETICIA EMANUELLY PROBO

Data de débito:	13/05/2025
Data/hora da operação:	13/05/2025 16:31:29

Código da operação:	39168522
Chave de segurança:	TQYYXV73ZF3A4XJE

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