

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

2026

NOTA DE EMPENHO Nº 316002

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA		
02	PODER EXECUTIVO		
03	SECRETARIA DE SAÚDE		
03.01	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS		
10.301.0020.2160.0000	Manutenção dos serviços municipais de saúde		
<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>		
SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
1.270.768,00	129.232,00	2.000,00	1.268.768,00

FICHA: 192 DATA: 16/03/2026 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 300 000 Saúde - Despesas com  
FONTE DE RECURSO: 500 Recursos não Vinculados de Impostos

CREDOR.: LARISSA YARA DE CARVALHO

CNPJ/CPF: 107.117.794-06

CÓDIGO: 15064 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL PI

ENDEREÇO: RUA RAIMUNDO PEREIRA

Nº BAIRRO:

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

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO REFERENTE A REPASSE FINANCEIRO PARA CUSTEIO DE ALIMENTAÇÃO DE MÉDICOS DO PROJETO MAIS MÉDICOS NO AMBITO DO MUNICÍPIO, NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL 195/2014.

Fonte de Recursos: Saúde - Despesas com ASPS

Aplicação: Saúde - Despesas com ASPS

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

2.000,00

Valor por Extensão:

dois mil reais \*\*\*\*\*

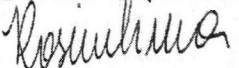
Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

EMPENHO AUTORIZADO EM: 16/03/2026

  
BENEDITA VILMA LIMA  
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 16/03/2026

  
ROSA MARIA DE MELO LIMA  
Secretária de Administração e Finanças

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° **316002** SUBEMPENHO N° **1**

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: **1** FICHA: 192 DATA: 16/03/2026 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 16/03/2026

Fornecedor: **15064 LARISSE YARA DE CARVALHO** CPF/CNPJ :07.117.794-06  
 ENDEREÇO: RUA RAIMUNDO PEREIRA SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO REFERENTE A REPASSE FINANCEIRO PARA CUSTEIO DE ALIMENTAÇÃO DE MÉDICOS DO PROJETO MAIS MÉDICOS NO AMBITO DO MUNICÍPIO, NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL 195/2014.	VALOR BRUTO 2.000,00  DESCONTOS 0,00
--	--

OR - Ordinário **VALOR A PAGAR 2.000,00**

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 0 10.301.0020.2160.0000 3.3.90.36.06 Desdobre 06	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Manutenção dos serviços municipais de saúde OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
2.000,00	2.000,00	2.000,00	0,00

**VALOR A SER PAGO R\$ 2.000,00**

dois mil reais \* \* \* \* \*

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 16/03/2026

*Reginalda de S. Silva*  
Reginalda de Sousa Silva  
Servidora

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

*Bleu*  
BENEDITA VILMA LIMA  
Secretária de Saúde



316002

ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL  
AVENIDA VICENTE AUGUSTO - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - ESTADO DO PIAUÍ  
CNPJ: 01.612.609/0001-84

**DEVE A** LARISSA YARA DE CARVALHO  
**Endereço** RUA RAIMUNDO PEREIRA, S/N

E S P E C I F I C A Ç Ã O		V A L O R			
Referente a repasse financeiro para custeio de alimentação de médicos do Projeto Mais Médicos no âmbito do município, nos termos da Lei Municipal 195/2014		2.000,00			
<b>Importa a presente conta na quantia de R\$ 2.000,00 (Dois Mil Reais)</b>					
SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de _____ de _____.					
_____ CREDOR					
O R D E M D E P A G A M E N T O					
<p><b>Declaro para os devidos fins que:</b></p> <p><input type="checkbox"/> os materiais foram recebidos. <input type="checkbox"/> os serviços foram prestados. <input type="checkbox"/> as despesas foram realizadas. <input type="checkbox"/> as obras foram executadas.</p> <p>Em ____/____/____</p> <p>_____ SERVIDOR</p>	<p style="text-align: center;"><b>Autorizo o pagamento, atendidas as formalidades legais.</b></p> <p style="text-align: center;">Em ____/____/____</p> <p>_____ ORDENADOR DA DESPESA</p>				
R E C I B O					
Valor Bruto	ISS	INSS	IRRF	Outros	Valor Líquido
2.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.000,00
<p><b>Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - ESTADO DO PIAUÍ, a quantia líquida de R\$ 2.000,00 (Dois Mil Reais), correspondente à conta acima especificada.</b></p>					
Pago em ____/____/____			Em ____/____/____		
Banco _____					
Conta N° _____					
Cheque _____					
_____ TESOUREIRO			_____ CREDOR CPF: 107.117.794-06		

16/03/2026 - BANCO DO BRASIL - 12:43:10  
204802048 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: PM SAO JOAO ARRAIAL -FUS  
AGENCIA: 2048-6 CONTA: 11.090-6

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	16/03/2026
NR. DOCUMENTO	553.178.000.125.991
VALOR TOTAL	2.000,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: LARISSE YARA DE CARVALHO  
AGENCIA: 3178-X CONTA: 125.991-1  
NR. DOCUMENTO 552.048.000.011.090  
=====

NR.AUTENTICACAO	0.E2F.286.C93.BCB.179
-----------------	-----------------------