

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 323008

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				
10.301.0020.2160.0000	Manutenção dos serviços municipais de saúde				
<b>3 1 90 16</b>	<b>OUTRAS DESPESAS VARIÁVEIS - PESSOAL CIVIL</b>				
<b>3.1.90.16.44</b>	<b>SERVICOS EXTRAORDINARIOS</b>				
		<b>230.769,58</b>	<b>19.230,42</b>	<b>2.160,00</b>	<b>228.609,58</b>

FICHA: 174 DATA: 23/03/2026 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...: FOPAG - PREVINE BRASIL

CNPJ/CPF: CÓDIGO: 15114 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL PI  
ENDEREÇO: Nº BAIRRO:

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

VALOR EMPENHADO REFERENTE A FOLHA DE PAGAMENTO DO PREVINI BRASIL

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

**VALOR TOTAL...:**


**2.160,00**

Valor por Extenso:

**dois mil, cento e sessenta reais** \*\*\*\*\*

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 23/03/2026

  
BENEDITA VILMA LIMA  
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 23/03/2026

  
ROSA MARIA DE MELO LIMA  
Secretária de Administração e Finanças

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° **323008** SUBEMPENHO N° **1**

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: **1** FICHA: 174 DATA: 23/03/2026 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 23/03/2026

Fornecedor: **15114 FOPAG - PREVINE BRASIL** CPF/CNPJ :  
 ENDEREÇO: **SAO JOAO DO ARRAIAL**

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO REFERENTE A FOLHA DE PAGAMENTO DO PREVINI BRASIL	VALOR BRUTO 2.160,00  DESCONTOS 0,00
--	--

OR - Ordinário **VALOR A PAGAR** **2.160,00**

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 0 10.301.0020.2160.0000 3.1.90.16.44 Desdobro 44	PODER EXECUTIVO. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Manutenção dos serviços municipais de saúde OUTRAS DESPESAS VARIÁVEIS - PESSOAL CIVIL SERVICOS EXTRAORDINARIOS

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
2.160,00	2.160,00	2.160,00	0,00

**VALOR A SER PAGO R\$** **2.160,00**  
 dois mil, cento e sessenta reais \* \* \* \* \*

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 23/03/2026

*Réginalda de S. Silva*  
 Réginalda 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

**PREFEITURA MUNICIPAL SÃO JOÃO DO ARRAIAL-PI**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**PAGAMENTO REFERENTE AO INCENTIVO EXTRAORDINÁRIO DO PROGRAMA PREVINE BRASIL**

Ord.	Nome	CPF	CARGO	Banco	Agência	Conta	TOTAL	Assinatura
01	ANA CLARA PINTO GARCIA	067.908.633-11	Enfermeria				2.160,00	
							2.160,00	

Importa a presente folha de pagamento em R\$ 2.160,00 (Dois mil, cento sessenta reais )

São João do Arraial-PI, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2026

323008

## Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	03834 / 2200 / 000575830973-3
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO JOAO DO
<b>CPF/CNPJ:</b>	11.504.416/0001-63

<b>Banco:</b>	001 - BCO DO BRASIL S.A. 0000000 - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	0023 / 00000052167-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	ANA CLARA PINTO GARCIA
<b>CPF/CNPJ:</b>	067.908.633-11
<b>Valor:</b>	R\$ 2.160,00
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	95-PAGAMENTO PRESTADOR M
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	23/03/2026
<b>Data / Hora da operação:</b>	23/03/2026 15:50:09

<b>Código da operação:</b>	07091847
<b>Chave de segurança:</b>	8ZECYL93PV6U7TEE

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