

ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Endereço:

Cidade: SÃO JOÃO DO ARRAIAL

CNPJ N° : 11.504.416/0001-63

2026

NOTA DE EMPENHO N° 323009

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		
3 1 90 16	OUTRAS DESPESAS VARIÁVEIS - PESSOAL CIVIL		
3.1.90.16.44	SERVICOS EXTRAORDINARIOS		
SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
228.609,58	21.390,42	528,00	228.081,58

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:

N° BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO REFERENTE A FOLHA DE PAGAMENTO DO PREVINE BRASIL

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

528,00

Valor por Extenso:

quinhentos e vinte e oito 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° **323009** 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 PREVINE BRASIL	VALOR BRUTO 528,00 DESCONTOS 0,00
--	--

OR - Ordinário **VALOR A PAGAR 528,00**

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 0 10.301.0020.2160.0000 3.1.90.16.44 Desdobre 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
528,00	528,00	528,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$ **528,00**

quinhetos e vinte e oito 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


 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

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	Maria de Fátima L. da Rocha	014.175.783-35	Tec enfermagem	BB	2048-6	28185-9	528,00	
							528,00	

Importa a presente folha de pagamento em R\$ 528,00 (Quinhento vinte e oito reais) referente ao programa Previne Brasil

São João do Arraial-PI, _____ / _____ / 2026

323009

Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

Banco:	001 - BCO DO BRASIL S.A. 00000000 - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2048 / 00000028185-9
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MARIA DE FATIMA LOPES DA ROCHA
CPF/CNPJ:	014.175.783-35
Valor:	R\$ 528,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	95-PAGAMENTO PRESTADOR M
Histórico:	

Data de débito:	23/03/2026
Data / Hora da operação:	23/03/2026 15:49:53

Código da operação:	07051969
Chave de segurança:	E7S7T61P3LU3HV67

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