ESTADO DO PIAUÍ

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL

# FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

***Endereço:***

***Cidade:*** *SÃO JOÃO DO ARRAIAL*

***CNPJ Nº :*** *11.504.416/0001-63* **2026**

## NOTA DE EMPENHO Nº 323012

| 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 DESTE EMPENHO | SALDO ATUAL |
|---|---|---|---|
| **227.025,58** | **22.974,42** | **2.160,00** | **224.865,58** |

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: Nº 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...: 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.

BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde

EMPENHO AUTORIZADO EM: **23/03/2026**

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

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

11.504.416/0001-63

# NOTA DE LIQUIDAÇÃO

| EMPENHO Nº | 323012 | SUBEMPENHO Nº | 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 BRUTO |
|---|---|
| VALOR EMPENHADO REFERENTE A FOLHA DE PAGAMENTO DO PREVINE BRASIL | 2.160,00 |
| | DESCONTOS 0,00 |

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

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

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.

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 | JOSIANE FREIRE FURTADO ALBUQUERQUE | 009.842.773-31 | Enfermeira | CEF | 0 | 0 | 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

323012

GERENCIADOR CAIXA

## Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|---|---|
| **Emitente:** | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO |
| **Conta origem:** | 3834 \| 2200 \| 000575830973-3 |
| **Conta destino:** | 3834 \| 3701 \| 000581986179-1 |

| | |
|---|---|
| **Nome destinatário:** | JOSIANE FREIRE F ALBUQUERQUE |
| **Valor:** | R$ 2.160,00 |
| **Identificação da operação:** | 95-PAGAMENTO PRESTADOR M |

| | |
|---|---|
| **Data de débito:** | 23/03/2026 |
| **Data/hora da operação:** | 23/03/2026 15:49:04 |

| | |
|---|---|
| **Código da operação:** | 06924749 |
| **Chave de segurança:** | GWXQRGAKKPLE7HEJ |

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