

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 323013

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA	SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTE 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>224.865,58</b>	<b>25.134,42</b>	<b>2.160,00</b>	<b>222.705,58</b>

FICHA: 174 DATA: 23/03/2026

CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 999 000 Não se aplica

FUNTE 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 Extensão:

**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° **323013** SUBEMPENHO N° **1**

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: <b>1</b>	FICHA: 174	DATA: 23/03/2026	REQUISIÇÃO:
------------------------------	------------	------------------	-------------

DOCUMENTO:	VENCIMENTO: 23/03/2026
------------	------------------------

Fornecedor: <b>15114 FOPAG - PREVINE BRASIL</b>	CPF/CNPJ : SAO JOAO DO ARRAIAL
ENDEREÇO:	

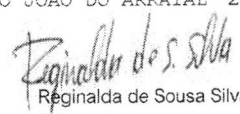
DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO REFERENTE A FOLHA DE PAGAMENTO DO PREVINE BRASIL	VALOR BRUTO 2.160,00  DESCONTOS 0,00
--	--

OR - Ordinário	<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>2.160,00</b>
----------------	----------------------	-----------------

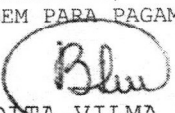
CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 0 10.301.0020.2160.0000 3.1.90.16.44 Desdobro 44	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Manutenção dos serviços municipais de saúde OUTRAS DESPESAS VARIÁVEIS - PESSOAL CIVIL SERVICOS EXTRAORDINARIOS

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

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

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE: <input type="checkbox"/> Os Serviços Foram Prestados. <input type="checkbox"/> Os Materiais Foram Entregues. <input type="checkbox"/> 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	ELUANE RIBEIRO LEAL	984.253.073-68	Enfermeira	CEF	2004	36036-3	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

323013

## Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Emitente:</b>	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO
<b>Conta origem:</b>	3834   2200   000575830973-3
<b>Conta destino:</b>	3834   3701   000583724093-0

<b>Nome destinatário:</b>	ELUANE RIBEIRO LEAL
<b>Valor:</b>	R\$ 2.160,00
<b>Identificação da operação:</b>	95-PAGAMENTO PRESTADOR M

<b>Data de débito:</b>	23/03/2026
<b>Data/hora da operação:</b>	23/03/2026 15:48:46

<b>Código da operação:</b>	06889995
<b>Chave de segurança:</b>	14R7R10JYWAEUTZ8

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