

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 323015

| 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 1 90 16</b>      | <b>OUTRAS DESPESAS VARIÁVEIS - PESSOAL CIVIL</b> |                     |                   |
| <b>3.1.90.16.44</b>   | <b>SERVICOS EXTRAORDINARIOS</b>                  |                     |                   |
| SALDO ANTERIOR        | EMPENHADO ATÉ A DATA                             | VALOR DESTA EMPENHO | SALDO ATUAL       |
| <b>222.177,58</b>     | <b>27.822,42</b>                                 | <b>528,00</b>       | <b>221.649,58</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 Federal

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...:


528,00

Valor por Extensão:

quinientos e vinte e oito reais \*\*\*\*\*

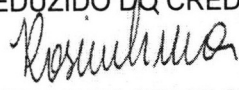
Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

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



# FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

11.504.416/0001-63

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 323015 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 BRUTO  
VALOR EMPENHADO REFERENTE A FOLHA DE PAGAMENTO DO PREVINE BRASIL 528,00  
DESCONTOS  
0,00

OR - Ordinário VALOR A PAGAR 528,00

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

quinhentos 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*  
Reginalda de Sousa Silva  
Servidora

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

*Blu*  
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   | Edinete Lopes da Silva | 023.828.383-61 | ACS   | CEF   | 3834    | 20598-7 | 528,00 |            |
|      |                        |                |       |       |         |         | 528,00 |            |

Importa a presente folha de pagamento em R\$ 528,00 (Quinhentos vinte e oito reais)

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

323015

## 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   1288   000776175323-8    |

|                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| <b>Nome destinatário:</b>         | EDINETE LOPES DA SILVA   |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 528,00               |
| <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 15:47:18 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 06692502         |
| <b>Chave de segurança:</b> | WAM5XLQUMEFFJ76Q |

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