



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL
AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556
CEP 64.155-000 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
CNPJ 01612609000184

Nota Fiscal de Serviço Avulso

Nº 97346

Data de Emissão: 12/01/2024

PRESTADOR DO SERVIÇO	
NOME:	MATUSALEM DA SILVA LIMA
ENDEREÇO:	RUA JOSÉ TOMAZ DE LIMA, S/N
CIDADE:	SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
ATIVIDADE:	TECNICO DE ENFERMAGEM
RG/INSC. EST.:	1.996.021 PI
CPF/CNPJ: 948.638.063-53	
USUÁRIO DO SERVIÇO	
NOME:	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAO JOÃO DO ARRAIAL
ENDEREÇO:	AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556
CIDADE:	SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
ATIVIDADE:	
RG/INSC. EST.:	
CPF/CNPJ: 11.504.416/0001-63	

QTD.	UNID.	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	UNITÁRIO	TOTAL
1	UNI	Valor referente a assistência financeira complementar da união para o pagamento do piso nacional da enfermagem, referente ao mês de dezembro de 2023, conforme demonstrativo no sistema investe SUS, portaria GM/GM nº 1135 de 16 de agosto de 2023, lei 14434/2022, ADI nº 7222/STF e LEI MUNICIPAL No 325/2023, de 18 de setembro de 2023.	839,09	839,09
			TOTAL	839,09
Oitocentos e Trinta e Nove Reais E Nove Centavos				

VALOR BASE	839,09	ALÍQUOTA	3 %	ISS	25,17
ASSINATURA DO EMITENTE		RECOLHIDO EM		MATRÍCULA	
		12/01/2024		Nº 1336	



Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3834 / 006 / 00624012-9
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	PI 220997 FMS PISO ENFERMAGEM
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 / 00000024180-6
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	MATUZALEM DA SILVA LIMA
CPF/CNPJ:	865.656.993-72
Valor:	R\$ 813,92
Valor da tarifa:	R\$ 11,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	PAGAMENTO DOS SERVICOS
Histórico:	

Data de débito:	12/01/2024
Data / Hora da operação:	12/01/2024 15:50:24

Código da operação:	00132215
Chave de segurança:	YYC2QAHSRWQ5C0YA

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

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



ESTADO DO PIAUÍ
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL
AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
CNPJ: 11504416000163

112050

DEVE A **MATUSALEM DA SILVA LIMA**
Endereço **RUA JOSÉ TOMAZ DE LIMA, S/N**

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Valor referente a assistência financeira complementar da união para o pagamento do piso nacional da enfermagem, referente ao mês de dezembro de 2023, conforme demonstrativo no sistema investe SUS, portaria GM/GM nº 1135 de 16 de agosto de 2023, lei 14434/2022, ADI nº 7222/STF e LEI MUNICIPAL No 325/2023, de 18 de setembro	839,09

Importa a presente conta na quantia de R\$ 839,09 (Oitocentos e Trinta e Nove Reais E Nove Centavos)

SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.

CREDOR

ORDEN DE PAGAMENTO

Declaro para os devidos fins que:

- ☐ os materiais foram recebidos.
☐ os serviços foram prestados.
☐ as despesas foram realizadas.
☐ as obras foram executadas.

Em ____/____/____

SERVIDOR

Autorizo o pagamento,
atendidas as formalidades legais.

Em ____/____/____

ORDENADOR DA DESPESA

RECIBO

Valor Bruto	ISS	INSS	IRRF	Outros	Valor Líquido
839,09	25,17	0,00	0,00	0,00	813,92

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 813,92 (Oitocentos e Treze Reais E Noventa e Dois Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____/____/____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____/____/____

CREDOR

CPF: 948.638.063-53