

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

2024

NOTA DE EMPENHO Nº 112054

| CÓDIGO                | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA                               |                     |             |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|
| 02                    | PODER EXECUTIVO                                                  |                     |             |
| 03                    | SECRETARIA DE SAÚDE                                              |                     |             |
| 03.01                 | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS                                   |                     |             |
| 10.301.0025.2687.0000 | Complementação ao Piso Salarial para Profissionais da Enfermagem |                     |             |
| 3 3 90 36             | OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA                     |                     |             |
| 3.3.90.36.27          | SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO, TÉCNICO E OPERACII              |                     |             |
| SALDO ANTERIOR        | EMPENHADO ATÉ A DATA                                             | VALOR DESTA EMPENHO | SALDO ATUAL |
| 64.932,03             | 35.067,97 -                                                      | 1.702,73            | 63.229,30   |

FICHA: 995 DATA: 12/01/2024

CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 999 000 Não se aplica

FONTE DE RECURSO: 605 Assistência financeira da União destinada à complementação ao pagamento dos pis

CREDOR.: Antonia Miguel de Sousa Gomes

CNPJ/CPF: 030.755.283-74

CÓDIGO: 12847

CIDADE: São João do Arraial PI

ENDEREÇO: Rua Alfredo Teles, s/n

Nº 0

BAIRRO: Loc. Marruazinho

**Discriminação do Material e/ou Serviço..:**

VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO REFERENTE A ASSISTÊNCIA FINANCEIRA COMPLEMENTAR DA UNIÃO PARA O PAGAMENTO DO PISO NACIONAL DA ENFERMAGEM, REFERENTE AO MES DE DEZEMBRO DE 2023, CONFORME DEMONSTRATIVO NO SISTEMA INVESTE SUS, PORTARIA GM/GM Nº 1135 DE 16 AGOSTO DE 2023, LEI 14434/2022, ADI Nº 7222/STF E LEI MUNICIPAL Nº 325/2023.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL....

1.702,73

Valor por Extenso:

um mil, setecentos e dois reais e setenta e três centavos \*\*\*\*\*

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 12/01/2024

ALCIONEIDE GOMES LOPES  
SECRETÁRIA DE SAÚDE

O VALOR REFERENTE A ESTE EMPENHO, FOI DEVIDAMENTE DEDUZIDO DO CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO.

EMPENHADO EM: 12/01/2024

Carlos Roberto dos Santos Nascimento  
Secretário de Administração e Finanças

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO Nº **112054** SUBEMPENHO Nº **1**

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: **1** FICHA: 995 DATA: 12/01/2024 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 12/01/2024

Fornecedor: **12847 Antonia Miguel de Sousa Gomes**  
ENDEREÇO: Rua Alfredo Teles, s/n

CPF/CNPJ :030.755.283-74  
São João do Arraial

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO REFERENTE A ASSISTÊNCIA FINANCEIRA COMPLEMENTAR DA UNIDADE PARA O PAGAMENTO DO PISO NACIONAL DA ENFERMAGEM, REFERENTE AO MES DE DEZEMBRO DE 2023, CONFORME DEMONSTRATIVO NO SISTEMA INVESTE SUS, PORTARIA GM/GM Nº 1135 DE 16 AGOSTO DE 2023, LEI 14434/2022, ADI Nº 7222/STF E LEI MUNICIPAL NO 325/2023.

VALOR BRUTO  
1.702,73  
DESCONTOS  
51,08

OR - Ordinário

VALOR A PAGAR **1.651,65**

CÓDIGO

CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA

02  
02 03 51,08  
10.301.0025.2687.0000  
3.3.90.36.27  
Desdobro 27

PODER EXECUTIVO  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS  
Complementação ao Piso Salarial para Profissionais da Enfermagem  
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA  
SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO, TÉCNICO E OPERACIONAL

VALOR DO EMPENHO

LIQUIDADO ATÉ A DATA

VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO

SALDO A LIQUIDAR

1.702,73

1.702,73

1.702,73

0,00

VALOR A SER PAGO R\$

**1.651,65**

um.mil, seiscentos e cinquenta e um reais e sessenta e cinco centavos \* \* \* \* \*

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 12/01/2024

*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.

*Alcioneide Gomes Lopes*  
ALCIONEIDE GOMES LOPES  
SECRETÁRIA DE SAÚDE



ESTADO DO PIAUÍ

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL

AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556 - SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI

CNPJ: 11504416000163

112054

DEVE A **ANTONIA MIGUEL DE SOUSA GOMES**  
Endereço RUA ALFREDO TELES, 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 | 1.702,73 |

Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.702,73 (Um Mil Setecentos e Dois Reais E Setenta e Três 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 |
|-------------|-------|------|------|--------|---------------|
| 1.702,73    | 51,08 | 0,00 | 0,00 | 0,00   | 1.651,65      |

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 1.651,65 (Um Mil Seiscentos e Cinquenta e Um Reais E Sessenta e Cinco Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_

Conta Nº \_\_\_\_\_

Cheque \_\_\_\_\_

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TESOUREIRO

\_\_\_\_\_  
CREDOR  
CPF: 030.755.283-74



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 97313

Data de Emissão: 12/01/2024

| PRESTADOR DO SERVIÇO                                     |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |          |       |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-------|
| NOME:                                                    | ANTONIA MIGUEL DE SOUSA GOMES                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |          |       |
| ENDEREÇO:                                                | RUA ALFREDO TELES, S/N                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |          |       |
| CIDADE:                                                  | SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |          |       |
| ATIVIDADE:                                               | AUX DE ENFERMAGEM                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |          |       |
| RG/INSC. EST.:                                           | CPF/CNPJ: 030.755.283-74                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |          |       |
| 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. | 1.702,73  | 1.702,73 |       |
|                                                          |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |          |       |
|                                                          |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |          |       |
|                                                          |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |          |       |
|                                                          |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | TOTAL     | 1.702,73 |       |
| Um Mil Setecentos e Dois Reais E Setenta e Três Centavos |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |          |       |
| VALOR BASE                                               | 1.702,73                                        | ALÍQUOTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 3 %       | ISS      | 51,08 |
| ASSINATURA DO EMITENTE                                   |                                                 | RECOLHIDO EM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | MATRÍCULA |          |       |
|                                                          |                                                 | 12/01/2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Nº 3415   |          |       |



## Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Gerenciador Financeiro CAIXA

**Emitente:** PI 220997 FMS PISO ENFERMAGEM

**Conta origem:** 3834 | 006 | 00624012-9

**Conta destino:** 3834 | 1288 | 000868418348-5

**Nome destinatário:** ANTONIA MIGUEL DE SOUSA GOMES

**Valor:** R\$ 1.651,65

**Identificação da operação:** ANTONIA MIGUEL DE SOUSAGO

**Data de débito:** 12/01/2024

**Data/hora da operação:** 12/01/2024 16:13:39

**Código da operação:** 11565201

**Chave de segurança:** 2EZKC7TVP6MR3F7Z

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104