

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 1223034

| 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 | | |
| 3.3.90.36.06 | SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS | | |
| SALDO ANTERIOR | EMPENHADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA EMPENHO | SALDO ATUAL |
| 21.444,69 | 697.555,31 | 1.610,73 | 19.833,96 |

FICHA: 995 DATA: 23/12/2024 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 999 000 Não se aplica
FONTE DE RECURSO: 605 Assistência financeira da União destinada à complementação ao pagamento dos pis

CREDOR.: **Eliane Moraes da Silva**

CNPJ/CPF: 668.102.213-87 CÓDIGO: 11216 CIDADE: São João do Arraial UF.: PI
ENDEREÇO: Av. Vicente Augusto Nº 996 BAIRRO: Centro

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO Valor referente a 13ºsalário a assistência financeira complementar da união para o pagamento do piso nacional da enfermagem, conforme demonstrativo no sistema investe Sus, lei 14434/2022, ADI nº7222/STF e LEI MUNICIPAL nº 325/2023, de 18 de setembro de 2023.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL....:


1.610,73

Valor por Extenso:

um mil, seiscentos e dez reais e setenta e três centavos *****

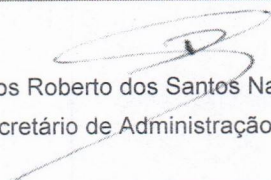
Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

EMPENHO AUTORIZADO EM: 23/12/2024


JOAO ZILTON DE MELO LIMA
SECRETÁRIO DE SAÚDE

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

EMPENHADO EM: 23/12/2024


Carlos Roberto dos Santos Nascimento
Secretário de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

| | | | |
|------------|----------------|---------------|----------|
| EMPENHO N° | 1223034 | SUBEMPENHO N° | 1 |
|------------|----------------|---------------|----------|

| | | | |
|---|------------|--------------------------|------------------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 | FICHA: 995 | DATA: 23/12/2024 | REQUISIÇÃO: |
| | | DOCUMENTO: | VENCIMENTO: 23/12/2024 |
| Fornecedor: 11216 Eliane Moraes da Silva | | CPF/CNPJ :668.102.213-87 | |
| ENDEREÇO: Av. Vicente Augusto | | São João do Arraial | |

| | |
|--|---|
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO Valor referente a 13ºsalário a assistência financeira complementar da união para o pagamento do piso nacional da enfermagem, conforme demonstrativo no sistema investes Sus, lei 14434/2022, ADI nº7222/STF e LEI MUNICIPAL nº 325/2023, de 18 de setembro de 2023. | VALOR BRUTO 1.610,73 DESCONTOS 48,32 |
|--|---|

| | | |
|----------------|----------------------|-----------------|
| OR - Ordinário | VALOR A PAGAR | 1.562,41 |
|----------------|----------------------|-----------------|

| CÓDIGO | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA |
|---|--|
| 02 02 03 48,32 10.301.0025.2687.0000 3.3.90.36.06 Desdobro 06 | PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Complementação ao Piso Salarial para Profissionais da Enfermagem OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS |

| VALOR DO EMPENHO | LIQUIDADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO | SALDO A LIQUIDAR |
|------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| 1.610,73 | 1.610,73 | 1.610,73 | 0,00 |

VALOR A SER PAGO R\$ **1.562,41**

um mil, quinhentos e sessenta e dois reais e quarenta e um 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 23/12/2024

Reginalda dos Silva
Reginalda de Sousa Silva
 Servidora

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

João Zilton de Melo Lima
JOAO ZILTON DE MELO LIMA
 SECRETÁRIO 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

1223034

DEVE A ELIANE MORAIS DA SILVA
Endereço AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 996 FONE - 86 8126-4582

| ESPECIFICAÇÃO | VALOR |
|--|----------|
| 13º Salário referente a assistência financeira complementar da união para o pagamento do piso nacional da enfermagem, conforme demonstrativo no sistema investe SUS, lei 14434/2022, ADI nº 7222/STF e LEI MUNICIPAL No 325/2023, de 18 de setembro de 2023. | 1.610,73 |

Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.610,73 (Um Mil Seiscentos e Dez Reais E Setenta e Três Centavos)

SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.

CREDOR

ORDEM 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 |
|-------------|-------|------|------|--------|---------------|
| 1.610,73 | 48,32 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.562,41 |

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 1.562,41 (Um Mil Quinhentos e Sessenta e Dois Reais E Quarenta e Um Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____/____/____

Banco _____

Conta N° _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____/____/____

CREDOR

CPF: 668.102.213-87

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 3701 000599275307-5 |

| | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| Nome destinatário: | ELIANE MORAES DA SILVA |
| Valor: | R\$ 1.562,41 |
| Identificação da operação: | ELIANE MORAES DA SILVAAAA |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 26/12/2024 |
| Data/hora da operação: | 26/12/2024 17:13:26 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 22512343 |
| Chave de segurança: | WKKEG99T2455AM7L |

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