

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

2025

NOTA DE EMPENHO Nº 130001

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 OPERACI		
SALDO ANTERIOR		EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
495.493,64		4.503,58	3.000,00	492.493,64

FICHA: 271 DATA: 30/01/2025

CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 999 000 Não se aplica

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

CREDOR...: ANA CLARA PINTO GARCIA

CNPJ/CPF: 067.908.633-11

CÓDIGO: 14568

CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL PI

ENDEREÇO: RUA PAULO BERNARDINO

Nº S/N

BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço...:

REFERENTE A SERVIÇOS DE ENFERMAGEM PRESTADO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

3.000,00

Valor por Extenso:

três mil reais *****

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 30/01/2025

BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 30/01/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA
Secretária de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 130001 SUBEMPENHO N° 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1	FICHA: 271	DATA: 31/01/2025	REQUISIÇÃO:
-----------------------	------------	------------------	-------------

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 31/01/2025

Fornecedor: 14568 ANA CLARA PINTO GARCIA
ENDEREÇO: RUA PAULO BERNARDINO

CPF/CNPJ :067.908.633-11
SÃO JOÃO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO
REFERENTE A SERVIÇOS DE ENFERMAGEM PRESTADO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

VALOR BRUTO
3.000,00

DESCONTOS
158,56

OR - Ordinário

VALOR A PAGAR 2.841,44

CÓDIGO

CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA

02
02 03 158,56
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

3.000,00

3.000,00

3.000,00

0,00

VALOR A SER PAGO R\$

dois mil, oitocentos e quarenta e um reais e quarenta e quatro 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 31/01/2025

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.

Benedita Vilma Lima
BENEDITA VILMA LIMA
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

730007

DEVE A ANA CLARA PINTO GARCIA
Endereço RUA PAULO BERNARDINO, S/N

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços de enfermagem prestado na Unidade Básica de Saúde	3.000,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 3.000,00 (Três Mil Reais)

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
3.000,00	90,00	0,00	68,56	0,00	2.841,44

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 2.841,44 (Dois Mil Oitocentos e Quarenta e Um Reais E Quarenta e Quatro Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____/____/____
Banco _____
Conta N° _____
Cheque _____

Em ____/____/____

TESOUREIRO

CREDOR
CPF: 067.908.633-11



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

Nota Fiscal de Serviço Avulso

Nº 106808

Data de Emissão: 30/01/2025

PRESTADOR DO SERVIÇO					
NOME:	ANA CLARA PINTO GARCIA				
ENDEREÇO:	RUA PAULO BERNARDINO, S/N				
CIDADE:	SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI				
ATIVIDADE:	ENFERMAGEM				
RG/INSC. EST.:	CPF/CNPJ: 067.908.633-11				
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	Serviços de enfermagem prestado na Unidade Básica de Saúde	3.000,00	3.000,00	
TOTAL			3.000,00	3.000,00	
Três Mil Reais					
VALOR BASE	3.000,00	ALÍQUOTA	3 %	ISS	90,00
ASSINATURA DO EMITENTE		RECOLHIDO EM	MATRÍCULA		
		31/01/2025	Nº 4542		

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:	0023 / 00000052167-1
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	ANA CLARA PINTO GARCIA
CPF/CNPJ:	067.908.633-11
Valor:	R\$ 2.841,44
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	ANA CLARA PINTO GARCIA
Histórico:	

Data de débito:	31/01/2025
Data / Hora da operação:	31/01/2025 15:06:24

Código da operação:	00113728
Chave de segurança:	8ZWKCKY5RHJEYVQM

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