

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 131001

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
488.257,64		11.742,35	2.000,00	486.257,64

FICHA: 271 DATA: 31/01/2025 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 999 000 Não se aplica
FONTE DE RECURSO: 605 Assistência financeira da União destinada à complementação ao pagamento dos p

CREDOR...: GLORIA BRUNA LIMA NASCIMENTO

CNPJ/CPF: 478.667.598-98

CÓDIGO: 16927

CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL

ENDEREÇO: RUA 12 DE DEZEMBRO

Nº 550

BAIRRO:

Discriminação do Material e/ou Serviço...:

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

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

2.000,00

Valor por Extensão:

dois mil reais *****

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 31/01/2025

BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 31/01/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA
Secretária de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 131001

SUBEMPENHO N°

1

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

DOCUMENTO:	VENCIMENTO: 31/01/2025
------------	------------------------

Fornecedor: 16927 GLORIA BRUNA LIMA NASCIMENTO
ENDEREÇO: RUA 12 DE DEZEMBRO

CPF/CNPJ :478.667.598-98
SAO JOAO DO ARRAIAL

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO

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

VALOR BRUTO

2.000,00

DESCONTOS

60,00

OR - Ordinário

VALOR A PAGAR

1.940,00

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 60 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
2.000,00	2.000,00	2.000,00	0,00

VALOR A SER PAGO R\$

um mil, novecentos e quarenta 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 31/01/2025

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
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

131001

DEVE A GLÓRIA BRUNA LIMA NASCIMENTO

Endereço RUA 12 DE DEZEMBRO, 550

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Serviços de enfermagem prestado na Unidade Básica de Saúde	2.000,00

Importa a presente conta na quantia de R\$ 2.000,00 (Dois 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 ____/____/____

SERVIDORAutorizo o pagamento,
atendidas as formalidades legais.

Em ____/____/____

ORDENADOR DA DESPESA

RECIBO

Valor Bruto	ISS	INSS	IRRF	Outros	Valor Líquido
2.000,00	60,00	0,00	0,00	0,00	1.940,00

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 1.940,00 (Um Mil Novecentos e Quarenta Reais), correspondente à conta acima especificada.

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

Em ____/____/____

TESOUREIRO_____
CREDOR
CPF: 478.667.598-98



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 106847

Data de Emissão: 31/01/2025

PRESTADOR DO SERVIÇO

NOME: GLÓRIA BRUNA LIMA NASCIMENTO
ENDEREÇO: RUA 12 DE DEZEMBRO, 550
CIDADE: SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI
ATIVIDADE:
RG/INSC. EST.: CPF/CNPJ: 478.667.598-98

USUÁRIO DO SERVIÇO

NOME: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO 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	2.000,00	2.000,00
			TOTAL	2.000,00
Dois Mil Reais				

VALOR BASE	2.000,00	ALÍQUOTA	3 %	ISS	60,00
------------	----------	----------	-----	-----	-------

ASSINATURA DO EMITENTE	RECOLHIDO EM 31/01/2025	MATRÍCULA Nº 5641
------------------------	----------------------------	----------------------

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 - 000000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	2385 / 00000020441-2
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	GLORIA BRUNA LIMA NASCIMENTO
CPF/CNPJ:	478.667.598-98
Valor:	R\$ 1.940,00
Valor da tarifa:	R\$ 12,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	GLORIA BRUNA LIMA NASCIME
Histórico:	

Data de débito:	31/01/2025
Data / Hora da operação:	31/01/2025 15:11:02

Código da operação:	00113835
Chave de segurança:	PN7P8LGHV53PVALY

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