

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 308023

| 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 |
| 72.377,35 | 135.622,65 | 1.610,73 | 70.766,62 |

FICHA: 995 DATA: 08/03/2024 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 999 000 Não se aplica
FONTE DE RECURSO: 605 Assistência financeira da União destinada à complementação ao pagamento dos pis

CREDOR.: RICARDO RIBEIRO FARIAS

CNPJ/CPF: 072.906.313-58 CÓDIGO: 15013 CIDADE: SAO JOAO DO ARRAIAL PI
ENDEREÇO: AVENIDA VICENTE AUGUSTO Nº BAIRRO:

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 FEVEREIRO DE 2024, 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...:

1.610,73

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.

ALCIONEIDE GOMES LOPES
SECRETÁRIA DE SAÚDE

EMPENHO AUTORIZADO EM: 08/03/2024

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

EMPENHADO EM: 08/03/2024

Carlos Roberto dos Santos Nascimento
Secretário de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

| | | | |
|------------|--------|---------------|---|
| EMPENHO N° | 308023 | SUBEMPENHO N° | 1 |
|------------|--------|---------------|---|

| | | | |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 | FICHA: 995 | DATA: 08/03/2024 | REQUISIÇÃO: |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|

| | |
|------------|------------------------|
| DOCUMENTO: | VENCIMENTO: 08/03/2024 |
|------------|------------------------|

| | |
|---|---|
| Fornecedor: 15013 RICARDO RIBEIRO FARIAS ENDEREÇO: AVENIDA VICENTE AUGUSTO | CPF/CNPJ :072.906.313-58 SAO JOAO DO ARRAIAL |
|---|---|

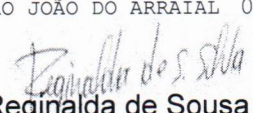
| | |
|--|---|
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO PARA O PAGAMENTO REFERENTE A ASSISTÊNCIA FINANCEIRA COMPLEMENTAR DA UNIÃO PARA O PAGAMENTO DO PISO NACIONAL DA ENFERMAGEM, REFERENTE AO MES DE FEVEREIRO DE 2024, CONFORME DEMONSTRATIVO NO SISTEMA INVESTE SUS, PORTARIA GM/GM N° 1135 DE 16 AGOSTO DE 2023, LEI 14434/2022, ADI N° 7222/STF E LEI MUNICIPAL NO 325/2023. | VALOR BRUTO 1.610,73 DESCONTOS 48,32 |
|--|---|

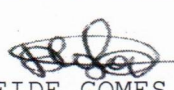
| | | |
|----------------|---------------|----------|
| OR - Ordinario | VALOR A PAGAR | 1.562,41 |
|----------------|---------------|----------|

| CÓDIGO | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA |
|---|---|
| 02 02 03 48,32 10.301.0025.2687.0000 3.3.90.36.27 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 |
|------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| 1.610,73 | 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: | DESPESA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64 |
| <input type="checkbox"/> Os Serviços Foram Prestados. <input type="checkbox"/> Os Materiais Foram Entregues. <input type="checkbox"/> A Obra Foi Realizada | SÃO JOÃO DO ARRAIAL 08/03/2024 |
| |  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 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

308023

DEVE A RICARDO RIBEIRO FARIAS
Endereço AVENIDA VICENTE AUGUSTO, S/N

| ESPECIFICAÇÃO | VALOR |
|--|----------|
| Valor referente a assistência financeira complementar da união para o pagamento do piso nacional da enfermagem, referente ao mês de fevereiro de 2024, 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 | 1.610,73 |

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

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 |
|-------------|-------|------|------|--------|---------------|
| 1.610,73 | 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: 072.906.313-58

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 3834 / 006 / 00624012-9

Conta destino: 3834 / 1288 / 000934889608-9

Nome destinatário: RICARDO RIBEIRO FARIAS

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.562,41

Data de débito: 12/03/2024

Data/hora da operação: 12/03/2024 16:53:07

Código da operação: 121653

Chave de segurança: YEG53H77AJVWTKLE

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104