

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 414009

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA	SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
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				
<b>3 3 90 36</b>	<b>OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA</b>				
<b>3.3.90.36.06</b>	<b>SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS</b>				
		<b>375.918,49</b>	<b>124.081,51</b>	<b>641,09</b>	<b>375.277,40</b>

FICHA: 271 DATA: 14/04/2025 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 999 000 Não se aplica  
FONTE DE RECURSO: 605 Assistência financeira da União destinada à complementação ao pagamento dos pi

CREDOR.: **Matusalem da Silva Lima**

CNPJ/CPF: 948.638.063-53 CÓDIGO: 9653 CIDADE: São João do Arraial UF.: PI  
ENDEREÇO: Av. Vicente Augusto Nº 0 BAIRRO: centro

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

Valor empenhado para pagamento referente a assistência financeira complementar da união para pagamento do piso nacional da enfermagem, referente ao mês de fevereiro de 2025, conforme demonstrativo no sistema investe SUS, lei 14434/2022, ADI nº 7222/STF e Lei MUNICIPAL nº325/2023, de 18 de setembro de 2023.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

641,09

Valor por Extenso:

**seiscentos e quarenta e um reais e nove centavos \*\*\*\*\***

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 14/04/2025

BENEDITA VILMA LIMA  
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 14/04/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA  
Secretária de Administração e Finanças



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

11.504.416/0001-63

# NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° **414009** SUBEMPENHO N° **1**

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: **1** FICHA: 271 DATA: 14/04/2025 REQUISIÇÃO:

DOCUMENTO: VENCIMENTO: 14/04/2025

Fornecedor: **9653 Matusalem da Silva Lima** CPF/CNPJ :948.638.063-53  
ENDEREÇO: Av.Vicente Augusto São João do Arraial

DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO  
Valor empenhado para pagamento referente a assistência financeira complementar da união para pagamento do piso nacional da enfermagem, referente ao mês de fevereiro de 2025, c onforme demonstrativo no sistema investe SUS, lei 14434/2022, ADI n° 7222/STF e Lei MUN ICIPAL n°325/2023, de 18 de setembro de 2023.

VALOR BRUTO  
641,09  
DESCONTOS  
19,23

OR - Ordinario VALOR A PAGAR 621,86

CÓDIGO CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA  
02 PODER EXECUTIVO  
02 03 19,23 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS  
10.301.0025.2687.0000 Complementação ao Piso Salarial para Profissionais da Enfermagem  
3.3.90.36.06 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA  
Desdobro 06 SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
641,09	641,09	641,09	0,00

VALOR A SER PAGO R\$ **621,86**  
seiscentos e vinte e um reais e oitenta e seis 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 14/04/2025  
*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.  
*Blen*  
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

414009

**DEVE A MATUSALEM DA SILVA LIMA**  
**Endereço RUA JOSÉ TOMAZ DE LIMA, S/N**

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Valor referente a assistência financeira complementar da união para o pagamento do piso nacional da enfermagem, referente ao mês de março de 2025, 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.	641,09

**Importa a presente conta na quantia de R\$ 641,09 (Seiscentos e Quarenta e Um Reais E Nove 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
641,09	19,23	0,00	0,00	0,00	621,86

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 621,86 (Seiscentos e Vinte e Um Reais E Oitenta e Seis Centavos), correspondente à conta acima especificada.

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

Banco \_\_\_\_\_

Conta Nº \_\_\_\_\_

Cheque \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TESOUREIRO

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

\_\_\_\_\_  
CREDOR

CPF: 948.638.063-53



## Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	3834 / 006 / 00624012-9
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	PI 220997 FMS PISO ENFERMAGEM
<b>CPF/CNPJ:</b>	11.504.416/0001-63

<b>Banco:</b>	001 - BCO DO BRASIL S.A. 0000000 - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	2048 / 00000024180-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	FÍSICA
<b>Nome:</b>	MATUZALEM DA SILVA LIMA
<b>CPF/CNPJ:</b>	948.638.063-53
<b>Valor:</b>	R\$ 621,86
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 12,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	MATUZALEM DA SILVA LIMA
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	15/04/2025
<b>Data / Hora da operação:</b>	15/04/2025 14:51:49

<b>Código da operação:</b>	00110822
<b>Chave de segurança:</b>	WRVAZ3X9S81ZA26T

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