

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 414014

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				
3 3 90 36	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA				
3.3.90.36.06	SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS				
		368.712,65	131.287,35	101,32	368.611,33

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.: Elineusa da Silva Sousa

CNPJ/CPF: 347.304.353-20 CÓDIGO: 11388 CIDADE: São João do Arraial UF.: PI
ENDEREÇO: Nº BAIRRO:

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 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....:

101,32

Valor por Extenso:

cento e um reais e trinta e dois 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° **414014** SUBEMPENHO N° **1**

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

DOCUMENTO: NOTA FISCAL N° VENCIMENTO: 14/04/2025

Fornecedor: **11388 Elineusa da Silva Sousa** CPF/CNPJ :347.304.353-20
ENDEREÇO: 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 101,32
DESCONTOS 3,04

OR - Ordinario VALOR A PAGAR 98,28

CÓDIGO CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 PODER EXECUTIVO
02 03 3,04 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
101,32	101,32	101,32	0,00

VALOR A SER PAGO R\$ **98,28**
noventa e oito reais e vinte e oito 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
Reginaida de Sousa Silva
Reginaida de Sousa Silva
Servidora

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

Blm
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

414014

DEVE A ELINEUSA DA SILVA SOUSA
Endereço RUA JOSE TOMAZ DE LIMA, 448

E S P E C I F I C A Ç Ã O		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.		101,32			
Importa a presente conta na quantia de R\$ 101,32 (Cento e Um Reais E Trinta e Dois Centavos)					
SÃO JOÃO DO ARRAIAL, ____ de ____ de ____.					
_____ CREDOR					
O R D E M D E P A G A M E N T O					
Declaro para os devidos fins que: <input type="checkbox"/> os materiais foram recebidos. <input type="checkbox"/> os serviços foram prestados. <input type="checkbox"/> as despesas foram realizadas. <input type="checkbox"/> as obras foram executadas. Em ____ / ____ / ____		Autorizo o pagamento, atendidas as formalidades legais. Em ____ / ____ / ____			
_____ SERVIDOR		_____ ORDENADOR DA DESPESA			
R E C I B O					
Valor Bruto	ISS	INSS	IRRF	Outros	Valor Líquido
101,32	3,04	0,00	0,00	0,00	98,28
Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 98,28 (Noventa e Oito Reais E Vinte e Oito Centavos), correspondente à conta acima especificada.					
Pago em ____ / ____ / ____ Banco _____ Conta N° _____ Cheque _____		Em ____ / ____ / ____ _____ CREDOR CPF: 347.304.353-20			
_____ TESOUREIRO					



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

N° 108558

Data de Emissão: 14/04/2025

PRESTADOR DO SERVIÇO					
NOME:	ELINEUSA DA SILVA SOUSA				
ENDEREÇO:	RUA JOSE TOMAZ DE LIMA, 448				
CIDADE:	SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI				
ATIVIDADE:	TECNICA DE ENFERMAGEM				
RG/INSC. EST.:	143.096 PI	CPF/CNPJ:			347.304.353-20
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	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.	101,32	101,32	
			TOTAL	101,32	
Cento e Um Reais E Trinta e Dois Centavos					
VALOR BASE	101,32	ALÍQUOTA	3 %	ISS	3,04
ASSINATURA DO EMITENTE		RECOLHIDO EM		MATRÍCULA	
		14/04/2025		N° 378	

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 1288 000785682696-8

Nome destinatário:	ELINEUSA DA SILVA SOUSA
Valor:	R\$ 98,28
Identificação da operação:	ELINEUSA DA SILVA SOUSA

Data de débito:	15/04/2025
Data/hora da operação:	15/04/2025 16:50:12

Código da operação:	24812624
Chave de segurança:	3JJM0ZNF2F4L9K

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104