

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 513030

| 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 | | |
| 3.3.90.36.06 | SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS | | |
| SALDO ANTERIOR | EMPENHADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA EMPENHO | SALDO ATUAL |
| 277.215,52 | 222.784,48 | 1.504,73 | 275.710,79 |

FICHA: 271 DATA: 13/05/2025

CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 999 000 Não se aplica

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

CREDOR...: Eliene Damasceno Santana

CNPJ/CPF: 865.656.993-72

ENDEREÇO: Marajá

CÓDIGO: 12021 CIDADE: São João do Arraial F.: PI
Nº 0 BAIRRO: Zona Rural

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 abril 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...:

1.504,73

Valor por Extenso:

um mil, quinhentos e quatro 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.

EMPENHO AUTORIZADO EM: 13/05/2025

BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 13/05/2025

ROSA MARIA DE MELO LIMA
Secretária de Administração e Finanças



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

11.504.416/0001-63

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N° 513030 SUBEMPENHO N° 1

| | | | |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 | FICHA: 271 | DATA: 13/05/2025 | REQUISIÇÃO: |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|

| | |
|---------------------------|------------------------|
| DOCUMENTO: NOTA FISCAL N° | VENCIMENTO: 13/05/2025 |
|---------------------------|------------------------|

| | |
|--|---|
| Fornecedor: 12021 Eliene Damasceno Santana ENDEREÇO: Marajá | CPF/CNPJ :865.656.993-72 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 abril de 2025, conforme demonstrativo no sistema investe SUS, lei 14434/2022, ADI n° 7222/STF e LEI MUNICIPAL N° 325/2023, de 18 de setembro de 2023. | VALOR BRUTO 1.504,73 DESCONTOS 45,14 |
|--|---|

| | | |
|----------------|---------------|----------|
| OR - Ordinario | VALOR A PAGAR | 1.459,59 |
|----------------|---------------|----------|

| | |
|---|--|
| CÓDIGO | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA |
| 02 02 03 45,14 10.301.0025.2687.0000 3.3.90.36.06 Desdobro 06 | PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Complementação ao Piso Salarial para Profissionais da Enfermagem OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS |

| | | | |
|------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| VALOR DO EMPENHO | LIQUIDADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO | SALDO A LIQUIDAR |
| 1.504,73 | 1.504,73 | 1.504,73 | 0,00 |

VALOR A SER PAGO R\$ 1.459,59

um mil, quatrocentos e cinquenta e nove reais e cinquenta e nove centavos * * *

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

- Os Serviços Foram Prestados.
- Os Materiais Foram Entregues.
- A Obra Foi Realizada

DESPESA LIQUIDADADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64

SÃO JOÃO DO ARRAIAL 13/05/2025

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.

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

513030

DEVE A ELIENE DAMASCENO SANTANA
Endereço LOCALIDADE MARAJÁ

| ESPECIFICAÇÃO | VALOR |
|---|----------|
| Valor referente a assistência financeira complementar da união para o pagamento do piso nacional da enfermagem, referente ao mês de abril 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. | 1.504,73 |

Importa a presente conta na quantia de R\$ 1.504,73 (Um Mil Quinhentos e Quatro Reais E Setenta e Três 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 |
|-------------|-------|------|------|--------|---------------|
| 1.504,73 | 45,14 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.459,59 |

Recebi da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI, a quantia líquida de R\$ 1.459,59 (Um Mil Quatrocentos e Cinquenta e Nove Reais E Cinquenta e Nove Centavos), correspondente à conta acima especificada.

Pago em ____ / ____ / ____

Banco _____

Conta Nº _____

Cheque _____

TESOUREIRO

Em ____ / ____ / ____

CREDOR

CPF: 865.656.993-72

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 000781451542-5 |

| | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Nome destinatário: | ELIENE DAMASCENO SANTANA |
| Valor: | R\$ 1.459,59 |
| Identificação da operação: | ELIENE DAMASCENO SANTANA |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 19/05/2025 |
| Data/hora da operação: | 19/05/2025 14:58:28 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 66839359 |
| Chave de segurança: | 0W5R77R8MM6CUM1Q |

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