

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

2026

NOTA DE EMPENHO Nº 112050

| CÓDIGO                | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA                  | SALDO ANTERIOR   | EMPENHADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA EMPENHO | SALDO ATUAL      |
|-----------------------|---|------------------|----------------------|---------------------|------------------|
| 02                    | PODER EXECUTIVO                                     |                  |                      |                     |                  |
| 03                    | SECRETARIA DE SAÚDE                                 |                  |                      |                     |                  |
| 03 . 01               | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS                      |                  |                      |                     |                  |
| 10.301.0020.2185.0000 | Ações do Progr.de Ag.Comunitários de Saúde-PACS     |                  |                      |                     |                  |
| <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>83.928,00</b> | <b>6.072,00</b>      | <b>1.518,00</b>     | <b>82.410,00</b> |

FICHA: 243 DATA: 12/01/2026 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 999 000 Não se aplica  
FONTE DE RECURSO:600 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Fed

CREDOR.: Maria das Graças Nascimento Moraes

CNPJ/CPF: 020.778.871-50 CÓDIGO: 5870 CIDADE: São João do Arraial F.: PI  
ENDEREÇO: Nº BAIRRO: Localidade Marajá

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

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO PELOS SERVIÇOS DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, NA ZONA RURAL DESTA MUNICÍPIO.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário


**VALOR TOTAL...: 1.518,00**

Valor por Extenso:

**um mil, quinhentos e dezoito reais \*\*\*\*\***

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

EMPENHO AUTORIZADO EM:12/01/2026

  
BENEDITA VILMA LIMA  
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 12/01/2026

  
ROSA MARIA DE MELO LIMA  
Secretária de Administração e Finanças

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

|            |        |               |   |
|------------|--------|---------------|---|
| EMPENHO N° | 112050 | SUBEMPENHO N° | 1 |
|------------|--------|---------------|---|

|                       |            |                  |             |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1 | FICHA: 243 | DATA: 12/01/2026 | REQUISIÇÃO: |
|-----------------------|------------|------------------|-------------|

|            |                        |
|------------|------------------------|
| DOCUMENTO: | VENCIMENTO: 12/01/2026 |
|------------|------------------------|

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Fornecedor: 5870 Maria das Graças Nascimento Moraes | CPF/CNPJ :020.778.871-50 |
| ENDEREÇO:   | São João do Arraial      |

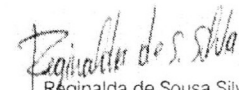
|  |   |
|--|---|
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO<br>VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO PELOS SERVIÇOS DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, NA ZONA RURAL DESTE MUNICÍPIO. | VALOR BRUTO<br>1.518,00<br><br>DESCONTOS<br>45,54 |
|--|---|


|                |                      |                 |
|----------------|----------------------|-----------------|
| OR - Ordinário | <b>VALOR A PAGAR</b> | <b>1.472,46</b> |
|----------------|----------------------|-----------------|

| CÓDIGO  | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA  |
|---|---|
| 02<br>02 03 45,54<br>10.301.0020.2185.0000<br>3.3.90.36.06<br>Desdcbro 06 | PODER EXECUTIVO<br>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS<br>Ações do Progr.de Ag.Comunitários de Saúde-PACS<br>OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA<br>SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS |

| VALOR DO EMPENHO | LIQUIDADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO | SALDO A LIQUIDAR |
|------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| 1.518,00         | 1.518,00             | 1.518,00               | 0,               |

|   |                 |
|---|-----------------|
| VALOR A SER PAGO R\$  | <b>1.472,46</b> |
| um mil, quatrocentos e setenta e dois reais e quarenta e seis centavos * * * *<br>* * * * * |                 |

|   |   |
|---|---|
| DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:<br><input type="checkbox"/> Os Serviços Foram Prestados.<br><input type="checkbox"/> Os Materiais Foram Entregues.<br><input type="checkbox"/> A Obra Foi Realizada | DESPESA LIQUIDADADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64<br><br>SÃO JOÃO DO ARRAIAL 12/01/2026<br><br><br>Reginalda de Sousa Silva<br>Servidora |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO OU SUBEMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO. | <br>BENEDITA VILMA LIMA<br>Secretária de Saúde |
|---|---|

112050



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO ARRAIAL**

Inscrição no C.N.P.J. Nº 01612609000184  
 AVENIDA VICENTE AUGUSTO,556 - CENTRO  
 SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI

**Número da NFS-e**

**113655**

Código de Verificação de Autenticidade

**HU6FRZ9FP**

Data e hora de Emissão da NFS-e

12/01/2026 às 09:20:13

Chave de Acesso

1203852HQZ9JS18HOW5CLT2AIQZ8FNW5

**NOTA FISCAL ELETRÔNICA AVULSA**

**Informações**

|                               |  |                    |  |                                |  |                               |  |
|-------------------------------|--|--------------------|--|--------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Exibibilidade do ISS Exigível |  | Número do Processo |  | Município de incidência do ISS |  | Local da Prestação            |  |
|                               |  |                    |  | <b>SAO JOAO DO ARRAIAL -</b>   |  | <b>SAO JOAO DO</b>            |  |
| Número do RPS                 |  | Série do RPS       |  | Tipo do RPS                    |  | Data do RPS                   |  |
|                               |  |                    |  |                                |  | Competência                   |  |
|                               |  |                    |  |                                |  | <b>12/01/2026</b>             |  |
| Optante Simples Nacional      |  | Incentivo Fiscal   |  | Regime Especial Tributação     |  | Tipo ISS                      |  |
| <b>2-Não</b>                  |  | <b>2-Não</b>       |  | <b>Não Possui</b>              |  | <b>03 - Sobre Faturamento</b> |  |

Para certificação da autenticidade acesse <https://saojoaodoarraial.pi.gov.br/saojoaodoarraial/portalanoticias>, menu consultas e informe os dados desta NFS-e Avulsa.

**Prestador de Serviços**

|                         |  |                          |  |             |  |   |  |
|-------------------------|--|--------------------------|--|-------------|--|---|--|
| CPF/CNPJ                |  | RG/Inscrição Estadual    |  | PIS/NIT     |  | Nome/Razão Social                         |  |
| 02077887150             |  | 2658254                  |  |             |  | <b>MARIA DAS GRAÇAS NASCIMENTO MORAES</b> |  |
| Logradouro              |  |                          |  | Complemento |  | Bairro                                    |  |
| 1 RUA PROJETADA, S/N, 0 |  |                          |  |             |  | <b>ZONA RURAL</b>                         |  |
| CEP                     |  | Cidade                   |  | Telefone    |  | E-mail                                    |  |
| 64.155-000              |  | SAO JOAO DO ARRAIAL - PI |  |             |  |   |  |

**Tomador de Serviços**

|                                 |  |                          |  |                     |  |  |  |
|---------------------------------|--|--------------------------|--|---------------------|--|--|--|
| CPF/CNPJ                        |  | RG/Inscrição Estadual    |  | Inscrição Municipal |  | Nome/Razão Social                                      |  |
| 11504416000163                  |  |                          |  |                     |  | <b>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAO JOÃO DO ARRAIAL</b> |  |
| Logradouro                      |  |                          |  | Complemento         |  | Bairro   |  |
| AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556, 0 |  |                          |  | 0                   |  | <b>CENTRO</b>  |  |
| CEP                             |  | Cidade                   |  | Telefone            |  | E-mail   |  |
| 64155000                        |  | SÃO JOÃO DO ARRAIAL - PI |  |                     |  |  |  |

**Intermediário**

|          |  |                        |  |                   |  |
|----------|--|------------------------|--|-------------------|--|
| CPF/CNPJ |  | RG/Inscrição Municipal |  | Nome/Razão Social |  |
|          |  |                        |  |                   |  |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição   | Vir. Unitário | Total        |
|-------|------------|---|---------------|--------------|
| 1     | UN         | Serviços de Agente Comunitário de Saúde prestado para a Secretaria Municipal de Saúde | R\$ 1518,00   | R\$ 1.518,00 |

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISSQN**

**Detalhamento Específico da Construção Civil**

|                            |  |                         |  |                          |  |                 |  |                |  |            |  |
|----------------------------|--|-------------------------|--|--------------------------|--|-----------------|--|----------------|--|------------|--|
| Item da LC 116/2003        |  | Aliquota                |  | Atividade do Município   |  | Código CNAE     |  | Código da Obra |  | Código ART |  |
| 40.01 Outras Prestações de |  | 3 %                     |  | 999999.9999999           |  |                 |  |                |  |            |  |
| Valor Total dos Serviços   |  | Desconto Incondicionado |  | Deduções Base de Cálculo |  | Base de Cálculo |  | Total do ISS   |  | ISS Retido |  |
| R\$ 1.518,00               |  | R\$ 0,00                |  | R\$ 0,00                 |  | R\$ 1.518,00    |  | R\$ 45,54      |  | 01-Sim     |  |
|                            |  |                         |  |                          |  |                 |  |                |  | Desconto   |  |
|                            |  |                         |  |                          |  |                 |  |                |  | R\$ 0,00   |  |

**Retenções de Impostos**

|          |  |          |  |            |  |           |  |            |  |          |  |          |  |          |  |
|----------|--|----------|--|------------|--|-----------|--|------------|--|----------|--|----------|--|----------|--|
| INSS     |  | IRRF     |  | SEST/SENAT |  | ISS       |  | Expediente |  | PIS      |  | COFINS   |  | CSLL     |  |
| R\$ 0,00 |  | R\$ 0,00 |  | R\$ 0,00   |  | R\$ 45,54 |  | R\$ 0,00   |  | R\$ 0,00 |  | R\$ 0,00 |  | R\$ 0,00 |  |

Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços: R\$ 1.472,46

Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 0,00 (0%) Fonte: IBPT

**Informações Complementares**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

## Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Gerenciador Financeiro CAIXA

|                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------|
| <b>Emitente:</b>      | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO |
| <b>Conta origem:</b>  | 3834   2200   000575830973-3    |
| <b>Conta destino:</b> | 3834   1288   000785682604-6    |

|                                   |                           |
|-----------------------------------|---------------------------|
| <b>Nome destinatário:</b>         | MARIA DAS GRACAS N MORAIS |
| <b>Valor:</b>                     | R\$ 1.472,46              |
| <b>Identificação da operação:</b> | 19-MIGRCAO SLDO PRT FNS   |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data de débito:</b>        | 14/01/2026          |
| <b>Data/hora da operação:</b> | 14/01/2026 16:02:03 |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 08259007         |
| <b>Chave de segurança:</b> | J5ZLPL9ASTLHNUQR |

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