

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 214001

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				
10.301.0020.2184.0000	Ações de Assistência Farmacêutica Básica				
<b>3 3 90 30</b>	<b>MATERIAL DE CONSUMO</b>				
<b>3.3.90.30.09</b>	<b>MATERIAL FARMACOLOGICO</b>				
		<b>100.000,00</b>	<b>0,00</b>	<b>20.432,94</b>	<b>79.567,06</b>

FICHA: 232 DATA: 14/02/2026 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.: LIFE MED HOSPITALAR LTDA

CNPJ/CPF: 18.245.818/0001-30 CÓDIGO: 16257 CIDADE: TERESINA U.F.: PI  
ENDEREÇO: INDUSTRIAL GIL MARTINS Nº 1195 BAIRRO: PIO XII

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

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO NA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, A PEDIDO DESTA SECRETARIA MUNICIPAL.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

20.432,94

Valor por Extenso:

vinte mil, quatrocentos e trinta e dois reais e noventa e quatro centavos \*\*\*\*\*

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

EMPENHO AUTORIZADO EM: 14/02/2026

BENEDITA VILMA LIMA  
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 14/02/2026

ROSA MARIA DE MELO LIMA  
Secretária de Administração e Finanças

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

EMPENHO N°	214001	SUBEMPENHO N°	1
------------	--------	---------------	---

NOTA DE LIQUIDAÇÃO:	1	FICHA: 232	DATA: 14/02/2026	REQUISIÇÃO:
---------------------	---	------------	------------------	-------------

DOCUMENTO:	VENCIMENTO: 14/02/2026
------------	------------------------

Fornecedor: 16257 LIFE MED HOSPITALAR LTDA	CPF/CNPJ: 18.245.818/0001-31
Endereço: INDUSTRIAL GIL MARTINS	TERESINA

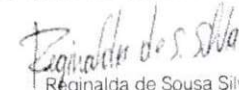
DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO	VALOR BRUTO
VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO NA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS, A PEDIDO DESTA SECRETARIA MUNICIPAL.	20.432,94
	DESCONTOS
	0,00


OR - Ordinário	VALOR A PAGAR	20.432,94
----------------	---------------	-----------

CODIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA
02 02 03 0 10.301.0020.2184.0000 3.3.90.30.09 Desdcbro 09	PODER EXECUTIVO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS Ações de Assistência Farmacêutica Básica MATERIAL DE CONSUMO MATERIAL FARMACOLOGICO

VALOR DO EMPENHO	LIQUIDADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO	SALDO A LIQUIDAR
20.432,94	20.432,94	20.432,94	0,00

VALOR A SER PAGO R\$	20.432,94
vinte mil, quatrocentos e trinta e dois reais e noventa e quatro centavos * * *	
* * * * *	

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:	DESPESA LIQUIDADADA 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 14/02/2026
	 Reginalda de Sousa Silva Servidora

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

214001

Recebemos de ODONTOLIFE HOSPITALAR LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.  
 Destinatário: PREFEITURA MUNICIPAL. SAO JOAO DO ARRAIAL - AV PRINCIPAL S/NUMERO, 0 - CENTRO - TERESINA - PI.  
 Emissão: 14/02/2026 Valor Total: R\$ 20.432,94

**NF-e**  
**Nº 000.000.165**  
**Série 001**

**DANFE**  
 Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA **1**  
 1 - SAÍDA

**Nº 000.000.165**  
**Série 001**  
**Folha 1/2**



CHAVE DE ACESSO  
**2226 0218 2458 1800 0130 5500 1000 0001 6510 0000 1667**

Consulta de autenticidade no portal da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da SEFAZ Autenticadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
**VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE**

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
**222260003827327 14/02/2026 16:13:10**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
**196823374**

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ  
**18.245.818/0001-30**

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

NOME / RAZÃO SOCIAL  
**PREFEITURA MUNICIPAL SAO JOAO DO ARRAIAL**

CNPJ / CPF  
**01.612.609/0001-84**

DATA DA EMISSÃO  
**14/02/2026**

ENDEREÇO  
**AV PRINCIPAL S/NUMERO, 0**

BAIRRO / DISTRITO  
**CENTRO**

CEP  
**64019-630**

DATA DA SAÍDA  
**14/02/2026**

MUNICÍPIO  
**TERESINA**

UF  
**PI**

TELEFONE / FAX  
**(86)3385-1106**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA  
**16:13:08**

**DUPLICATAS**

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
20.432,94	4.597,44	0,00	0,00	20.432,94
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				20.432,94

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA  
**0 - REMETENTE**

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	ESCR_C2	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA % ICMS	ALÍQUOTA % IPI
00591	A.A.S ADULTO 500MG Val Aprox Tributos: 255,78 (30,45%)	30049024	000	5102	CP	28.000,00	0,03	0,00	840,00	840,00	189,00	0,00	22,50	0,00
00595	ACIDO FOLICO 5MG Val Aprox Tributos: 27,84 (23,20%)	29362911	000	5102	CPR	4.000,00	0,03	0,00	120,00	120,00	27,00	0,00	22,50	0,00
00596	ALBENDAZOL 40 MG/ML SUSP 10ML Val Aprox Tributos: 372,36 (23,20%)	29339953	000	5102	UND	1.500,00	1,07	0,00	1.605,00	1.605,00	361,13	0,00	22,50	0,00
00598	AMBROXOL 3MG/ML PEDIATRICO 100ML Val Aprox Tributos: 382,10 (23,20%)	29221931	000	5102	UND	900,00	1,83	0,00	1.647,00	1.647,00	370,58	0,00	22,50	0,00
00915	AMBROXOL 30MG/5ML ADULTO 100ML Val Aprox Tributos: 1.092,24 (30,45%)	30039099	000	5102	UND	1.700,00	2,11	0,00	3.587,00	3.587,00	807,08	0,00	22,50	0,00
00602	AMOXICILINA 250MG/5ML 60ML Val Aprox Tributos: 1.059,66 (23,20%)	29411020	000	5102	UND	1.750,00	2,61	0,00	4.567,50	4.567,50	1.027,69	0,00	22,50	0,00
00607	ATENOLOL 100MG Val Aprox Tributos: 92,80 (23,20%)	29242943	000	5102	CPR	5.000,00	0,08	0,00	400,00	400,00	90,00	0,00	22,50	0,00
00609	AZITROMICINA 500MG Val Aprox Tributos: 133,98 (30,45%)	30042029	000	5102	CPR	2.000,00	0,22	0,00	440,00	440,00	99,00	0,00	22,50	0,00
00614	BROMOPIDA 10MG Val Aprox Tributos: 301,46 (30,45%)	30049045	000	5102	CPR	4.500,00	0,22	0,00	990,00	990,00	222,75	0,00	22,50	0,00
00295	ADREN (EPINEFRINA) 1MG/ML INJ IM/TV 1ML CXA/100AMP Val Aprox Tributos: 264,92 (30,45%)	30049095	000	5102	AMP	600,00	1,45	0,00	870,00	870,00	195,75	0,00	22,50	0,00
00888	AGUA DESTILADA 500ML AMPOLA	28539019	000	5102	UND	96,00	3,14	0,00	301,44	301,44	67,82	0,00	22,50	0,00
00860	AMICACINA 100MG INJ 2ML Val Aprox Tributos: 93,34 (13,45%)	30049099	000	5102	AMP	200,00	3,47	0,00	694,00	694,00	156,15	0,00	22,50	0,00
00861	AMICACINA 500MG/ML SOL. INJETAVEL 2ML Val Aprox Tributos: 98,01 (13,45%)	30049099	000	5102	AMP	210,00	3,47	0,00	728,70	728,70	163,96	0,00	22,50	0,00

**CÁLCULO DO ISSQN**

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DO ISSQN
	0,00	0,00	0,00

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 Feoop: 0,00  
 Val. Aprox Tributos 4.912,75 (24,04%) Fonte: IBPT  
 PARA PAGAMENTO BANCO DO BRASIL  
 AG:4249-8 CC:20464-1

RESERVADO AO FISCO

TEXTO



**DANFE**

Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAIDA

1

Nº 000.000.165

Série 001

Folha 2/2



CHAVE DE ACESSO

2226 0218 2458 1800 0130 5500 1000 0001 6510 0000 1667

Consulta de autenticidade no portal da NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autenticadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

222260003827327 14/02/2026 16:13:10

INSCRIÇÃO ESTADUAL

196823374

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ

18.245.818/0001-30

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total	ICMS	ICMS Deson.	ICMS ST	PIS	Cofins	Outros	Subtotal	ICMS ST	PIS	Cofins	Outros
00795	ATROPINA 0,25 INJ 1ML	400,00	0,88	352,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	352,00	79,20	0,00	22,50	0,00
01497	BENZILPENICILINA BENZATINA 600.000UI P/SOL Val Aprox Tributos: 102,08 (23,20%)	500,00	0,88	440,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	440,00	99,00	0,00	22,50	0,00
00801	BICARBONATO DE SODIO 10% INJ 10ML Val Aprox Tributos: 22,60 (13,45%)	300,00	0,56	168,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	168,00	37,80	0,00	22,50	0,00
00804	BICARBONATO DE SODIO 8,4% INJ 10ML Val Aprox Tributos: 82,22 (30,45%)	500,00	0,54	270,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	270,00	60,75	0,00	22,50	0,00
01089	ACIDO VALPROICO 500MG CX C/25 CPR Val Aprox Tributos: 41,30 (23,20%)	200,00	0,89	178,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	178,00	40,05	0,00	22,50	0,00
00850	ALPRAZOLAM 0,25 COMP. Val Aprox Tributos: 1,34 (30,45%)	40,00	0,11	4,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,40	0,99	0,00	22,50	0,00
00854	ALPRAZOLAM 1MG CPR Val Aprox Tributos: 1,13 (30,54%)	37,00	0,10	3,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,70	0,83	0,00	22,50	0,00
00219	ALPRAZOLAM 2MG (G) (B1) (VP) CX C/ 30 CP Val Aprox Tributos: 4,38 (30,42%)	180,00	0,08	14,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,40	3,24	0,00	22,50	0,00
00534	AMITRIPTILINA 25MG C/30 CP (G) (C1) Val Aprox Tributos: 3,23 (13,46%)	400,00	0,06	24,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24,00	5,40	0,00	22,50	0,00
01498	IPRATROPIO 0,25MG/ML SOL 20ML Val Aprox Tributos: 30,99 (13,45%)	240,00	0,96	230,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	230,40	51,84	0,00	22,50	0,00
00263	BROMAZEPAM 3MG CX C/ 30 CP Val Aprox Tributos: 2,69 (13,45%)	200,00	0,10	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,00	4,50	0,00	22,50	0,00
00851	AGULHA DE ANESTESIA PERIDURAL DESC 16G Val Aprox Tributos: 0,62 (25,83%)	10,00	0,24	2,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,40	0,54	0,00	22,50	0,00
00328	APARELHO DE GLICEMIA- ANALISADOR DE GLIC	20,00	32,47	649,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	649,40	146,12	0,00	22,50	0,00
00329	APARELHO DE PRESSAO ADULTO C ESTETOSCOPI Val Aprox Tributos: 46,26 (21,20%)	10,00	21,82	218,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	218,20	49,10	0,00	22,50	0,00
00376	APARELHO DE PRESSAO INF. C ESTETOSCOPI Val Aprox Tributos: 163,30 (37,42%)	20,00	21,82	436,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	436,40	98,19	0,00	22,50	0,00
00487	APARELHO MEDIDOR DE PRESSAO DIGITAL Val Aprox Tributos: 236,12 (37,42%)	20,00	31,55	631,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	631,00	141,98	0,00	22,50	0,00

**CÁLCULO DO ISSQN**

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DO ISSQN
	0,00	0,00	0,00

**DADOS ADICIONAIS**

<p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>Fecop: 0.00</p> <p>Val. Aprox Tributos 4.912,75 (24,04%) Fonte: IBPT</p> <p>PARA PAGAMENTO BANCO DO BRASIL</p> <p>AG: 4249-8 CC: 20464-1</p>	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

## Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	03834 / 2200 / 000575830973-3
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO JOAO DO
<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>	4249 / 00000020464-1
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	ODONTOLIFE HOSPITALAR LTDA
<b>CPF/CNPJ:</b>	18.245.818/0001-30
<b>Valor:</b>	R\$ 20.432,94
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	10 - Crédito em Conta
<b>Identificação da operação:</b>	95-PAGAMENTO PRESTADOR M
<b>Histórico:</b>	

<b>Data de débito:</b>	19/02/2026
<b>Data / Hora da operação:</b>	19/02/2026 15:08:26

<b>Código da operação:</b>	35345441
<b>Chave de segurança:</b>	4VAQ6L58Q08LCCCK

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