

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 214004

| 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 | | | | |
| 10.301.0020.2184.0000 | Ações de Assistência Farmacêutica Básica | | | | |
| 3 3 90 30 | MATERIAL DE CONSUMO | | | | |
| 3.3.90.30.36 | MATERIAL HOSPITALAR | | | | |
| | | 50.035,56 | 49.964,44 | 11.604,52 | 38.431,04 |

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 Federal

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 REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MATERIAL HOSPITALAR.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...: 11.604,52

Valor por Extenso:

onze mil, seiscentos e quatro reais e cinquenta 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: 14/02/2026

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° | 214004 | 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 :18.245.818/0001-30 |
| Endereço: INDUSTRIAL GIL MARTINS | TERESINA |


| | |
|---|---------------------------|
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO: VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO REFERENTE A AQUISIÇÃO DE MATERIAL HOSPITALAR. | VALOR BRUTO: 11.604,52 |
| | DESCONTOS: 0,00 |


| | | |
|----------------|----------------------|------------------|
| OR - Ordinário | VALOR A PAGAR | 11.604,52 |
|----------------|----------------------|------------------|

| CÓDIGO | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA |
|-----------------------|--|
| 02 | PODER EXECUTIVO |
| 02 03 0 | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS |
| 10.301.0020.2184.0000 | Ações de Assistência Farmacêutica Básica |
| 3.3.90.30.36 | MATERIAL DE CONSUMO |
| Desdcbre 36 | MATERIAL HOSPITALAR |

| VALOR DO EMPENHO | LIQUIDADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO | SALDO A LIQUIDAR |
|------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| 11.604,52 | 11.604,52 | 11.604,52 | 0, |

| | |
|----------------------|--|
| VALOR A SER PAGO R\$ | 11.604,52 onze mil, seiscentos e quatro reais e cinquenta e dois centavos * * * * * * * * * * |
|----------------------|--|


| | |
|---|---|
| DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE: <input type="checkbox"/> Os Serviços Foram Prestados. <input type="checkbox"/> Os Materiais Foram Entregues. <input type="checkbox"/> A Obra Foi Realizada | DESPESA LIQUIDADADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64 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 |
|---|---|

211004

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\$ 11.604,52

NF-e
Nº 000.000.169
Série 001

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE | | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº 000.000.169 Série 001 Folha 1/1 | |  CHAVE DE ACESSO 2226 0218 2458 1800 0130 5500 1000 0001 6910 0000 1704 Consulta de autenticidade no portal da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autenticadora | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 196823374 | | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO | | CNPJ 18.245.818/0001-30 | |
| PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 22260003830049 14/02/2026 16:57:37 | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|----------|----------------------------------|--------------------|-------------------------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE | | | CNPJ / CPF 01.612.609/0001-84 | | DATA DA EMISSÃO 14/02/2026 |
| NOME / RAZÃO SOCIAL PREFEITURA MUNICIPAL SAO JOAO DO ARRAIAL | | | BARRIO / DISTRITO CENTRO | | DATA DA SAÍDA 14/02/2026 |
| ENDEREÇO AV PRINCIPAL S/NUMERO, 0 | | | CEP 64019-630 | | HORA DA SAÍDA 16:57:36 |
| MUNICÍPIO TERESINA | | UF PI | TELEFONE / FAX (86)3385-1106 | INSCRIÇÃO ESTADUAL | |

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 |
| 11.604,52 | 2.611,02 | 0,00 | 0,00 | 11.604,52 |
| 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 |
| | | | | 11.604,52 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

| | | | | | | | |
|---------------------|---------|-----------------|-----------|-------------|------------------|--------------|--------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL | | FRETE POR CONTA | | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF |
| | | 0 - REMETENTE | | | | | |
| 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_C1 | CFOP | UNID. | QUANTIDADE | VALOR UNITÁRIO | VALOR DESCONTO | VALOR TOTAL | BASE DE CÁLC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTA % | |
|----------------|--|----------|---------|------|-------|------------|----------------|----------------|-------------|--------------------|------------|-----------|------------|------|
| | | | | | | | | | | | | | ICMS | IPI |
| 00355 | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML CXP/48FRA Val Aprox Tributos: 49,50 (13,45%) | 30049099 | 000 | 5102 | FR | 100,00 | 3,68 | 0,00 | 368,00 | 368,00 | 82,80 | 0,00 | 22,50 | 0,00 |
| 00359 | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML CXP/30FR Val Aprox Tributos: 798,97 (22,38%) | 90181980 | 000 | 5102 | FR | 1.000,00 | 3,57 | 0,00 | 3.570,00 | 3.570,00 | 803,25 | 0,00 | 22,50 | 0,00 |
| 00885 | SORO GLICOFISIOLÓGICO 500ML AMP Val Aprox Tributos: 434,18 (21,20%) | 25010090 | 000 | 5102 | UND | 400,00 | 5,12 | 0,00 | 2.048,00 | 2.048,00 | 460,80 | 0,00 | 22,50 | 0,00 |
| 00266 | SORO GLICOSE 5% 250ML CX C/48FR Val Aprox Tributos: 181,58 (13,45%) | 30049099 | 000 | 5102 | FR | 500,00 | 2,70 | 0,00 | 1.350,00 | 1.350,00 | 303,75 | 0,00 | 22,50 | 0,00 |
| 00763 | SONDA NASOGRÁSTICA DESC LONGA N 12 Val Aprox Tributos: 17,38 (21,20%) | 90183921 | 000 | 5102 | UND | 82,00 | 1,00 | 0,00 | 82,00 | 82,00 | 18,45 | 0,00 | 22,50 | 0,00 |
| 00765 | SONDA NASOGRÁSTICA DESC LONGA N 16 Val Aprox Tributos: 11,24 (21,21%) | 90183921 | 000 | 5102 | UND | 50,00 | 1,06 | 0,00 | 53,00 | 53,00 | 11,93 | 0,00 | 22,50 | 0,00 |
| 00764 | SONDA NASOGRÁSTICA DESC LONGA N 14 Val Aprox Tributos: 7,21 (21,21%) | 90183921 | 000 | 5102 | UND | 40,00 | 0,85 | 0,00 | 34,00 | 34,00 | 7,65 | 0,00 | 22,50 | 0,00 |
| 00766 | SONDA NASOGRÁSTICA DESC LONGA N 18 Val Aprox Tributos: 10,07 (21,19%) | 90183921 | 000 | 5102 | UND | 48,00 | 0,99 | 0,00 | 47,52 | 47,52 | 10,69 | 0,00 | 22,50 | 0,00 |
| 01500 | SORO GLICOSADO 500ML Val Aprox Tributos: 363,15 (13,45%) | 30049099 | 000 | 5102 | FR | 1.000,00 | 2,70 | 0,00 | 2.700,00 | 2.700,00 | 607,50 | 0,00 | 22,50 | 0,00 |
| 01501 | SORO REIDRATANTE ORAL 27,9 CX C/50 SACHES Val Aprox Tributos: 145,26 (13,45%) | 30049099 | 000 | 5102 | UND | 3.000,00 | 0,36 | 0,00 | 1.080,00 | 1.080,00 | 243,00 | 0,00 | 22,50 | 0,00 |
| 00886 | SORO RINGER LACTATO DE 500ML AMP Val Aprox Tributos: 36,58 (13,45%) | 30049099 | 000 | 5102 | UND | 100,00 | 2,72 | 0,00 | 272,00 | 272,00 | 61,20 | 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 Fecop: 0.00 Val. Aprox Tributos 2.055,12 (17,71%) Fonte: IBPT PARA PAGAMENTO BANCO DO BRASIL AG: 4249-8 CC: 20464-1 | RESERVADO AO FISCO |
| TEXTOS | |

Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|------------------------|---|
| Tipo de TED: | TED para terceiros |
| Conta origem: | 03834 / 2200 / 000575830973-3 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO JOAO DO |
| CPF/CNPJ: | 11.504.416/0001-63 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Banco: | 001 - BCO DO BRASIL S.A. 0000000 - 00000000 |
| Tipo de conta: | 01 - Conta Corrente |
| Conta destino: | 4249 / 00000020464-1 |
| Tipo de pessoa: | JURÍDICA |
| Nome: | ODONTOLIFE HOSPITALAR LTDA |
| CPF/CNPJ: | 18.245.818/0001-30 |
| Valor: | R\$ 11.604,52 |
| Valor da tarifa: | R\$ 0,00 |
| Finalidade: | 10 - Crédito em Conta |
| Identificação da operação: | 95-PAGAMENTO PRESTADOR M |
| Histórico: | |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 19/02/2026 |
| Data / Hora da operação: | 19/02/2026 15:09:40 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 35425530 |
| Chave de segurança: | FOC4HCT3HRGJ5W3M |

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