

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 311098

| CÓDIGO | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA | | |
|-----------------------|--|---------------------|-------------|
| 02 | PODER EXECUTIVO | | |
| 03 | SECRETARIA DE SAÚDE | | |
| 03.01 | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS | | |
| 10.301.0020.2687.0000 | 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 |
| 517.422,48 | 182.577,52 | 2.000,00 | 515.422,48 |

FICHA: 267 DATA: 11/03/2026 CÓDIGO DE APLICAÇÃO: 999 000 Não se aplica
FONTE DE RECURSO: 605 Assistência financeira da União destinada à complementação ao pagamento dos pis

CREDOR.: **Josiane Freire Furtado Albuquerque**

CNPJ/CPF: 009.842.773-31

CÓDIGO: 12303 CIDADE: São João do Arraial IF.: PI

ENDEREÇO: Rua Benedito Amaro

Nº 0 BAIRRO: Centro

Discriminação do Material e/ou Serviço..:

VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM PRESTADO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

Fonte de Recursos: Não se aplica

Aplicação: Não se aplica

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:


2.000,00

Valor por Extenso:

dois mil reais *****

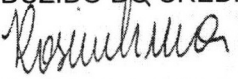
Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

EMPENHO AUTORIZADO EM: 11/03/2026


BENEDITA VILMA LIMA
Secretária de Saúde

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

EMPENHADO EM: 11/03/2026


ROSA MARIA DE MELO LIMA
Secretária de Administração e Finanças

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

| | | | |
|------------|---------------|---------------|----------|
| EMPENHO N° | 311098 | SUBEMPENHO N° | 1 |
|------------|---------------|---------------|----------|

| | | | | |
|---------------------|----------|------------|------------------|-------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO: | 1 | FICHA: 267 | DATA: 11/03/2026 | REQUISIÇÃO: |
|---------------------|----------|------------|------------------|-------------|

| | |
|------------|------------------------|
| DOCUMENTO: | VENCIMENTO: 11/03/2026 |
|------------|------------------------|

| | |
|---|--------------------------|
| Fornecedor: 12303 Josiane Freire Furtado Albuquerque | CPF/CNPJ :009.842.773-31 |
| ENDEREÇO: Rua Benedito Amaro | São João do Arraial |

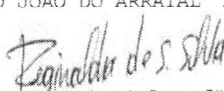
| | |
|---|---|
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO VALOR EMPENHADO PARA PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM PRESTADO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. | VALOR BRUTO 2.000,00 DESCONTOS 60,00 |
|---|---|

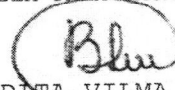
| | | |
|----------------|----------------------|-----------------|
| OR - Ordinário | VALOR A PAGAR | 1.940,00 |
|----------------|----------------------|-----------------|

| CÓDIGO | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA |
|--|--|
| 02 02 03 60 10.301.0020.2687.0000 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 |
|------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 0,00 |

| | |
|--|-----------------|
| VALOR A SER PAGO R\$ | 1.940,00 |
| um mil, novecentos e quarenta reais * * * * * * * * * * | |

| | |
|---|---|
| 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 LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64 SÃO JOÃO DO ARRAIAL 11/03/2026  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 |
|--|

311098



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

114663

Código de Verificação de Autenticidade

EPY8FLQX4

Data e hora de Emissão da NFS-e

11/03/2026 às 11:14:59

Chave de Acesso

1205172GMT1AFLRX3AFLQX49EKQW38DJ

NOTA FISCAL ELETRÔNICA AVULSA

Informações

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

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

Prestador de Serviços

| | | | |
|--|--------------------------|----------|------------------------------------|
| CPF/CNPJ | RG/Inscrição Estadual | PIS/NIT | Nome/Razão Social |
| 00984277331 | | | JOSIANE FREIRE FURTADO ALBUQUERQUE |
| Logradouro | Complemento | Bairro | |
| 1 RUA AMARO CARDOSO, 01 FONE 86 8105-0668, 0 | | COHEBE | |
| 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 | | | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SAO JOÃO DO ARRAIAL |
| Logradouro | Complemento | Bairro | |
| AVENIDA VICENTE AUGUSTO, 556, 0 | 0 | CENTRO | |
| 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 enfermagem prestado na Unidade Básica de Saúde | R\$ 2.000,00 | R\$ 2.000,00 |

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISSQN

Detalhamento Específico da Construção Civil

| | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------|----------------|------------|----------|
| Item da LC 116/2003 | Alíquota | 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 | Desconto |
| R\$ 2.000,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 2.000,00 | R\$ 60,00 | 01-Sim | 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\$ 60,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |

Valor Líquido da Nota Fiscal de Serviços: R\$ 1.940,00

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

Informações Complementares

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

Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Gerenciador Financeiro CAIXA

| | |
|-----------------------|-------------------------------|
| Emitente: | PI 220997 FMS PISO ENFERMAGEM |
| Conta origem: | 3834 2200 000575830975-0 |
| Conta destino: | 3834 3701 000581986179-1 |

| | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Nome destinatário: | JOSIANE FREIRE F ALBUQUERQUE |
| Valor: | R\$ 1.940,00 |
| Identificação da operação: | 19-MIGRCAO SLDO PRT FNS |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Data de débito: | 16/03/2026 |
| Data/hora da operação: | 16/03/2026 12:35:29 |

| | |
|----------------------------|------------------|
| Código da operação: | 80538792 |
| Chave de segurança: | JWJA63FT1FVNCSVX |

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104