

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS****ENDEREÇO:** AVENIDA PRIMAVERA, Nº 699**CIDADE:** BOQUEIRÃO DO PIAUÍ**CNPJ:** 12.552.597/0001-66**NOTA DE EMPENHO Nº 102049****DATA DO EMPENHO:** 02/01/2026**TIPO:** OR - Ordinário

| CÓDIGO         | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA           | FICHA: 326  |
|----------------|----------------------------------------------|-------------|
| 02             | PODER EXECUTIVO                              |             |
| 14             | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                     |             |
| 14.00          | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                     |             |
| 10             | Saúde                                        |             |
| 301            | Atenção Básica                               |             |
| 0023           | LEVA SAÚDE                                   |             |
| 2069           | MANUT. DAS AÇÕES E SERV. PÚBLICOS DE SAÚDE   |             |
| 33.90.36       | OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA |             |
| 3.3.90.36.06   | SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS              |             |
| SALDO ANTERIOR | VALOR DESTES EMPENHO                         | SALDO ATUAL |
| 736.783,79     | 1.807,00                                     | 734.976,79  |

**FONTE DE RECURSOS:**

600 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes:

**CÓDIGO DE APLICAÇÃO:**

999 Não se aplica

**LICITAÇÃO:** DISPENSA**Nº****PROCESSO:****INFORMAÇÕES DO CREDOR: CÓDIGO - 2261****NOME:** ANTONIA MARCIA DE FRANCA OLIVEIRA**ENDEREÇO:****Nº:****BAIRRO:****CNPJ/CPF:** 913.124.003-82**CIDADE:** BOQUEIRAO DO PIAUI**U.F.:** PI**TIPO DE EMPENHO:** OR - Ordinário**VALOR TOTAL...:**

1.807,00

**Valor por Extenso:**

um mil, oitocentos e sete reais \* \* \* \* \*

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

Valor que se empenha para pagamento referente a auxilio financeiro complementar pelo como técnico de enfermagem na unidade básica de saúde 'UBS' zona urbana de boqueirão do Piauí conforme postaria GMS/MS Nº 2.031, de 28 novembro de 2023.

**EMPENHO AUTORIZADO EM: 02/01/2026**

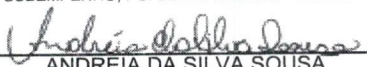
Autorizo o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços a esta Entidade, obedecidas as condições deste documento.

*Angela Cristina de Brito Machado***ANGELA CRISTINA DE BRITO MACHADO**  
SECRETARIA MUN. DE SAUDE**CONTABILIZADO EM: 02/01/2026**

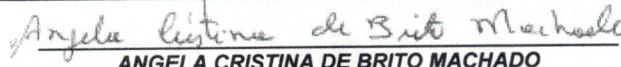
A despesa referente a este empenho foi devidamente processada encontrando-se em ordem para pagamento.

*Marcelo Alves Silva***MARCELO ALVES SILVA**  
SECRETARIO MUN. DE FINANÇAS

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

|                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                              |                              |                                   |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| EMPENHO Nº <b>102049</b>                                                                                                                                                                                                                      | SUBEMPENHO Nº <b>1</b>                                                                                                       | NOTA DE LIQUIDAÇÃO: <b>1</b> | FICHA: <b>326</b>                 | DATA: <b>02/01/2026</b> |
| CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                                        | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA                                                                                           |                              |                                   |                         |
| 02<br>02 14 00<br>10.301.0023.2069.0000<br>3.3.90.36.06                                                                                                                                                                                       | PODER EXECUTIVO<br>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE<br>MANUT. DAS AÇÕES E SERV. PÚBLICOS DE SAÚDE<br>SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS |                              |                                   |                         |
| Fornecedor: <b>2261</b>                                                                                                                                                                                                                       | <b>ANTONIA MARCIA DE FRANCA OLIVEIRA</b>                                                                                     |                              | CPF/CNPJ :913.124.003-82          |                         |
| Endereço:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                              |                              | CIDADE: <b>BOQUEIRAO DO PIAUI</b> |                         |
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                              |                              |                                   |                         |
| Valor que se empenha para pagamento referente a auxilio financeiro complementar pelo como técnico de enfermagem na unidade básica de saúde "UBS" zona urbana de boqueirão do Piauí conforme postaria GMS/MS Nº 2.031, de 28 novembro de 2023. |                                                                                                                              |                              |                                   |                         |
| VALOR DO EMPENHO                                                                                                                                                                                                                              | LIQUIDADO ATÉ A DATA                                                                                                         | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO       | SALDO A LIQUIDAR                  |                         |
| <b>1.807,00</b>                                                                                                                                                                                                                               | <b>1.807,00</b>                                                                                                              | <b>1.807,00</b>              | <b>0,00</b>                       |                         |
| VALOR A SER PAGO R\$                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                              |                              |                                   |                         |
| <b>1.807,00</b><br>um mil, oitocentos e sete reais *****                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                              |                              |                                   |                         |
| DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                              |                              |                                   |                         |
| <input type="checkbox"/> OS MATERIAIS FORAM RECEBIDOS                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                              |                              |                                   |                         |
| <input type="checkbox"/> OS EQUIPAMENTOS FORAM RECEBIDOS                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                              |                              |                                   |                         |
| <input type="checkbox"/> OS SERVIÇOS FORAM PRESTADOS                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                              |                              |                                   |                         |
| <input type="checkbox"/> A OBRA FOI REALIZADA                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                              |                              |                                   |                         |
| DESPESA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                              |                              |                                   |                         |
| BOQUEIRÃO DO PIAUÍ (PI), 02/01/2026                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                              |                              |                                   |                         |
| A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO OU SUBEMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.                                                                                                                         |                                                                                                                              |                              |                                   |                         |
| <br>ANDREIA DA SILVA SOUSA<br>CONTROLADORA INTERNA<br>CPF:035.797.313-51                                                                                   |                                                                                                                              |                              |                                   |                         |

## ORDEM DE PAGAMENTO

|                                                               |                 |                                                                                                                                                             |                 |
|---------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| AUTORIZO O PAGAMENTO DE ACORDO COM O ART. 64, DA LEI 4.320/64 |                 | <br><b>ANGELA CRISTINA DE BRITO MACHADO</b><br>SECRETARIA MUN. DE SAUDE |                 |
| PAGUE-SE: <b>02/01/2026</b>                                   |                 |                                                                                                                                                             |                 |
| PAGAMENTO EFETUADO COM O(S) SEGUINTE(S) RECURSO(S):           |                 |                                                                                                                                                             |                 |
| NÚMERO DA ORDEM                                               | NÚMERO DA CONTA | NÚMERO DO DOCUMENTO                                                                                                                                         | VALOR R\$       |
| <b>100</b>                                                    | <b>41707</b>    |                                                                                                                                                             | <b>1.716,65</b> |
| DESCONTOS REALIZADOS:                                         |                 |                                                                                                                                                             |                 |
| Ficha                                                         | Codigo          | Descrição                                                                                                                                                   | Valor           |
|                                                               |                 |                                                                                                                                                             |                 |
| PAGO EM: <b>06/01/2026</b>                                    |                 | <br><b>MARCELO ALVES SILVA</b><br>SECRETARIO MUN. DE FINANÇAS           |                 |



## Transferência entre contas diversas

### Debitado

|                |                          |
|----------------|--------------------------|
| Nome           | PI 220194 FMS ENFERMAGEM |
| Agência        | 106-6                    |
| Conta corrente | 41707-6                  |

### Creditado

|                |                           |
|----------------|---------------------------|
| Nome           | ANTONIA MARCIA F OLIVEIRA |
| Agência        | 106-6                     |
| Conta corrente | 16786-X                   |
| Valor          | 1.716,65                  |
| Destinação     | 0                         |
| Data           | Nesta data                |

|              |                                          |
|--------------|------------------------------------------|
| Assinada por | JE692838ANGELA CRISTINA DE BRITO MACHADO |
|              | J8225853MARCELO ALVES SILVA              |

|                    |
|--------------------|
| 06/01/202607:52:53 |
| 06/01/202611:55:15 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8225853 MARCELO ALVES SILVA.



## Transferência entre contas diversas

### Debitado

|                |                          |
|----------------|--------------------------|
| Nome           | PI 220194 FMS ENFERMAGEM |
| Agência        | 106-6                    |
| Conta corrente | 41707-6                  |

### Creditado

|                |                   |
|----------------|-------------------|
| Nome           | P M B P A PROPRIA |
| Agência        | 106-6             |
| Conta corrente | 19207-4           |
| Valor          | 90,35             |
| Destinação     | 50                |
| Data           | Nesta data        |

|              |                                          |
|--------------|------------------------------------------|
| Assinada por | JE692838ANGELA CRISTINA DE BRITO MACHADO |
|              | J8225853MARCELO ALVES SILVA              |

06/01/202607:53:18

06/01/202611:55:15

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8225853 MARCELO ALVES SILVA.





**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOQUEIRAO**  
Avenida Primavera, S/N - Centro  
01.612.566/0001-37

DOCUMENTO DE ARRECAÇÃO MUNICIPAL - DAM

**091 - ISSQN - Nota Fiscal Avulsa - 2025**

| DADOS DO CADASTRO UNICO DE CONTRIBUINTES MUNICIPAL         |              |                                          |                   |                 |                          |          |
|------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------|-------------------|-----------------|--------------------------|----------|
| Matrícula                                                  |              | Nome                                     |                   | Data            |                          |          |
| 000.397                                                    |              | ANTONIA MARCIA DE FRANCA OLIVEIRA        |                   | 12/12/2025      |                          |          |
| Endereço                                                   |              | POV                                      |                   | S/N             |                          |          |
| POV                                                        |              | POVOADO OLHO D'ÁGUA                      |                   |                 |                          |          |
| Bairro                                                     |              | Cidade                                   |                   | UF              |                          | CEP      |
| ZONA RURAL                                                 |              | Boqueirão do Piauí                       |                   | PI              |                          | 64263000 |
| Inscrição                                                  |              | Exercício                                | Parcela           | Número do DAM   | Vencimento               |          |
|                                                            |              | 2025                                     | 1 / 1             | 13.561          | 12/12/2025               |          |
| Mês                                                        | NF/Série     | Lançamento                               | Venc Original     | Base de Cálculo | (=) Valor Principal      |          |
| 12                                                         | 3057831/2    | 12/12/2025                               | 12/12/2025        | 1.807,00        | 90,35                    |          |
| Detalhe do Débito                                          |              |                                          |                   |                 | (=) Valor Corrigido      |          |
| ISSQN 90,35                                                |              |                                          |                   |                 |                          |          |
|                                                            |              |                                          |                   |                 | (-) Descontos            |          |
|                                                            |              |                                          |                   |                 | (+) Multa e Juros        |          |
|                                                            |              |                                          |                   |                 | (=) Valor Final          |          |
| Nota Fiscal / Série : 3057831 / 2                          |              |                                          |                   |                 | CÁDASTRO IMOBILIÁRIO     |          |
| Valor R\$ : 1.807,00                                       |              |                                          |                   |                 | Base de Cálculo R\$ 0,00 |          |
| Serviço : REFERENTE A AUXILIO FINACEIRO COMPLEMENTAR       |              |                                          |                   |                 | Área Total (m²) 0,00     |          |
| PELO SERVIÇO EVENTUAL REALIZADO COMO TECNICO DE            |              |                                          |                   |                 | Área Útil (m²) 0,00      |          |
| ENFERMAGEM NA UNIDADE BASICA DE SAUDE "UBS", ZONA URBANA   |              |                                          |                   |                 | Área Const (m²) 0,00     |          |
| DE BOQUEIRAO DO PIAUÍ CONFORME POSTARIA GM/MS Nº 2.031, DE |              |                                          |                   |                 | Taxadas (m) 0,00         |          |
|                                                            |              |                                          |                   |                 | Alíquota (%) 0,00        |          |
| Instruções de Pagamento                                    |              |                                          |                   |                 |                          |          |
| Local de Pagamento: SETOR DE TRIBUTOS E ARRECAÇÃO OU       |              |                                          |                   |                 |                          |          |
| Depósito bancário: BANCO DO BRASIL, CONTA CORRENTE:        |              |                                          |                   |                 |                          |          |
| AGENCIA: 0106-6 CONTA:19207-4                              |              |                                          |                   |                 |                          |          |
| Usuário: jrfreitas Data de Inclusão: 12/12/2025 10:49      |              |                                          |                   |                 |                          |          |
| PREFEITURA MUNICIPAL DE BOQUEIRAO                          |              |                                          |                   |                 |                          |          |
| 091 - ISSQN - Nota Fiscal Avulsa - 2025                    |              |                                          |                   |                 |                          |          |
| Matrícula : 000.397                                        |              | Nome : ANTONIA MARCIA DE FRANCA OLIVEIRA |                   |                 |                          |          |
| Inscrição                                                  | Exercício    | Nota Fiscal / Série                      | Parcela           | Número do DAM   | Vencimento               |          |
|                                                            | 2025         | 3057831/2                                | 1 / 1             | 13.561          | 12/12/2025               |          |
| (=) Valor                                                  | (-) Desconto |                                          | (+) Multa / Juros |                 | (=) Valor Final          |          |
| 90,35                                                      |              |                                          |                   |                 |                          |          |