

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS****ENDEREÇO:** AVENIDA PRIMAVERA, Nº 699**CIDADE:** BOQUEIRÃO DO PIAUÍ**CNPJ:** 12.552.597/0001-66**NOTA DE EMPENHO Nº 116031****DATA DO EMPENHO:** 16/01/2026**TIPO:** OR - Ordinário

| CÓDIGO              | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA                            | FICHA: 326  |
|---------------------|---------------------------------------------------------------|-------------|
| 02                  | PODER EXECUTIVO                                               |             |
| 14                  | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                                      |             |
| 14.00               | <b>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE</b>                               |             |
| 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                  |             |
| <b>3.3.90.36.27</b> | <b>SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO, TÉCNICO E OPERACIONAL</b> |             |
| SALDO ANTERIOR      | VALOR DESTES EMPENHO                                          | SALDO ATUAL |
| 764.029,79          | 338,62                                                        | 763.691,17  |

**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 - 2250****NOME:** MARIA JOSE SALES OLIVEIRA**ENDEREÇO:****Nº:****BAIRRO:****CNPJ/CPF:** 577.603.813-87**CIDADE:** BOQUEIRAO DO PIAUI**U.F.:** PI**TIPO DE EMPENHO:** OR - Ordinário**VALOR TOTAL...:**

338,62

**Valor por Extenso:**

trezentos e trinta e oito reais e sessenta e dois centavos \* \* \* \* \*

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

Valor que se empenha para pagamento de componente de qualidade - agentes comunitários de saúde.

**EMPENHO AUTORIZADO EM: 16/01/2026**

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: 16/01/2026**

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

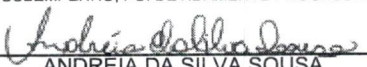
**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS**

BOQUEIRÃO DO PIAUÍ

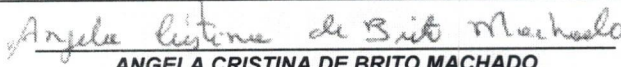
AVENIDA PRIMAVERA, Nº 699

12.552.597/0001-66

**NOTA DE LIQUIDAÇÃO**

|                                                                                                                                                             |                                                        |                              |                                   |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| EMPENHO Nº <b>116031</b>                                                                                                                                    | SUBEMPENHO Nº <b>1</b>                                 | NOTA DE LIQUIDAÇÃO: <b>1</b> | FICHA: <b>326</b>                 | DATA: <b>16/01/2026</b> |
| CÓDIGO                                                                                                                                                      | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA                     |                              |                                   |                         |
| 02                                                                                                                                                          | PODER EXECUTIVO                                        |                              |                                   |                         |
| 02 14 00                                                                                                                                                    | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                               |                              |                                   |                         |
| 10.301.0023.2069.0000                                                                                                                                       | MANUT. DAS AÇÕES E SERV. PÚBLICOS DE SAÚDE             |                              |                                   |                         |
| 3.3.90.36.27                                                                                                                                                | SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO, TÉCNICO E OPERACIONAL |                              |                                   |                         |
| Fornecedor: <b>2250</b>                                                                                                                                     | <b>MARIA JOSE SALES OLIVEIRA</b>                       |                              | CPF/CNPJ :577.603.813-87          |                         |
| Endereço:                                                                                                                                                   |                                                        |                              | CIDADE: <b>BOQUEIRAO DO PIAUI</b> |                         |
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO                                                                                                                          |                                                        |                              |                                   |                         |
| Valor que se empenha para pagamento de componente de qualidade - agentes comunitários de saúde.                                                             |                                                        |                              |                                   |                         |
| VALOR DO EMPENHO                                                                                                                                            | LIQUIDADO ATÉ A DATA                                   | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO       | SALDO A LIQUIDAR                  |                         |
| <b>338,62</b>                                                                                                                                               | <b>338,62</b>                                          | <b>338,62</b>                | <b>0,00</b>                       |                         |
| <b>VALOR A SER PAGO R\$</b>                                                                                                                                 |                                                        |                              |                                   |                         |
| <b>338,62</b>                                                                                                                                               |                                                        |                              |                                   |                         |
| trezentos e trinta e oito reais e sessenta e dois centavos *****                                                                                            |                                                        |                              |                                   |                         |
| *****                                                                                                                                                       |                                                        |                              |                                   |                         |
| <b>DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:</b>                                                                                                                    |                                                        |                              |                                   |                         |
| DESPESA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64                                                                                                |                                                        |                              |                                   |                         |
| BOQUEIRÃO DO PIAUÍ (PI), 16/01/2026                                                                                                                         |                                                        |                              |                                   |                         |
| ( ) OS MATERIAIS FORAM RECEBIDOS                                                                                                                            |                                                        |                              |                                   |                         |
| ( ) OS EQUIPAMENTOS FORAM RECEBIDOS                                                                                                                         |                                                        |                              |                                   |                         |
| ( ) OS SERVIÇOS FORAM PRESTADOS                                                                                                                             |                                                        |                              |                                   |                         |
| ( ) A OBRA FOI REALIZADA                                                                                                                                    |                                                        |                              |                                   |                         |
| 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 |                                                        |                              |                                   |                         |

**ORDEN DE PAGAMENTO**

|                                                                                                                                                   |                 |                                                                                                                                                             |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| AUTORIZO O PAGAMENTO DE ACORDO COM O ART. 64, DA LEI 4.320/64                                                                                     |                 |                                                                                                                                                             |               |
| PAGUE-SE: 16/01/2026                                                                                                                              |                 | <br><b>ANGELA CRISTINA DE BRITO MACHADO</b><br>SECRETARIA MUN. DE SAUDE |               |
| PAGAMENTO EFETUADO COM O(S) SEGUINTE(S) RECURSO(S):                                                                                               |                 |                                                                                                                                                             |               |
| NÚMERO DA ORDEM                                                                                                                                   | NÚMERO DA CONTA | NÚMERO DO DOCUMENTO                                                                                                                                         | VALOR R\$     |
| <b>79</b>                                                                                                                                         | <b>30317</b>    |                                                                                                                                                             | <b>338,62</b> |
| DESCONTOS REALIZADOS:                                                                                                                             |                 |                                                                                                                                                             |               |
|                                                                                                                                                   |                 |                                                                                                                                                             |               |
| PAGO EM: 16/01/2026                                                                                                                               |                 |                                                                                                                                                             |               |
| <br><b>MARCELO ALVES SILVA</b><br>SECRETARIO MUN. DE FINANÇAS |                 |                                                                                                                                                             |               |



## Transferência entre contas diversas

### Debitado

|                |                           |
|----------------|---------------------------|
| Nome           | PI 220194 FMS CUSTEIO SUS |
| Agência        | 106-6                     |
| Conta corrente | 30317-8                   |

### Creditado

|                |                           |
|----------------|---------------------------|
| Nome           | MARIA JOSE SALES OLIVEIRA |
| Agência        | 106-6                     |
| Conta corrente | 16032-6                   |
| Valor          | 338,62                    |
| Destinação     | 0                         |
| Data           | Nesta data                |

|              |                                          |                    |
|--------------|------------------------------------------|--------------------|
| Assinada por | J8225853MARCELO ALVES SILVA              | 16/01/202609:37:30 |
|              | JE692838ANGELA CRISTINA DE BRITO MACHADO | 16/01/202610:31:18 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE692838 ANGELA CRISTINA DE BRITO MACHADO.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOQUEIRÃO DO PIAUI  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE BOQUEIRÃO DO PIAUI

WEBMAIL: [smsboqueiraopi@hotmail.com](mailto:smsboqueiraopi@hotmail.com)

PAGAMENTO DO COMPONENTE DE QUALIDADE - AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE  
COMPETÊNCIA : DEZEMBRO/2025

| OR<br>D | SERVIDOR                         | CPF            | CREDITO EM CONTA               | VALOR       |
|---------|----------------------------------|----------------|--------------------------------|-------------|
| 1       | ANTONIO MARCOS                   |                | AG: 106-6 / C: 36569-6         | R\$338,62   |
| 2       | FRANCISCA MARIA DA SILVA         |                | AG: 106-6 / C: 16031-8         | R\$338,62   |
| 3       | WILSA DE SOUSA LIMA              |                | AG: 106-6 / C: 28381-9         | R\$338,62   |
| 4       | MAÍRA DA SILVA DIONISIO          | 049.770.443-98 | AG: 0616 OP 1288 C:776923596-1 | R\$338,62   |
| 5       | MARIA CHAVES DE SOUSA            |                | AG: 106-6 / C: 16012-1         | R\$338,62   |
| 6       | IRISLANDIA PINTO RIBEIRO         |                | AG: 106-6 / C: 14873-3         | R\$338,62   |
| 7       | ROSA AMELIA DA COSTA SOUSA       |                | AG: 106-6 / C: 16011-3         | R\$338,62   |
| 8       | MARIA JOSE DE SALES OLIVEIRA     |                | AG: 106-6 / C: 16032-6         | R\$338,62   |
| 9       | MARIA DO SOCORRO ALVES PORTELA   |                | AG: 106-6 / C: 16010-5         | R\$338,62   |
| 10      | RITA MARIA DO NASCIMENTO         |                | AG: 106-6 / C: 16009-1         | R\$338,62   |
| 11      | EURIDES MARIA DA COSTA           |                | AG: 106-6 / C: 15987-5         | R\$338,62   |
| 12      | IZONETE DA SILVA CUNHA           |                | AG: 106-6 / C: 16019-9         | R\$338,62   |
| 13      | MARIA LUZINEIDE PEREIRA DA SILVA |                | AG: 106-6 / C: 16015-6         | R\$338,62   |
| 14      | LETICIA ALVES DE ALMEIDA         | 294.491.318-21 | AG: 0985-7/C: 0751907-9        | R\$338,62   |
| QNT     | 14                               |                |                                | R\$4.740,68 |

BOQUEIRÃO DO PIAUÍ, JANEIRO /2026