

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS**

ENDEREÇO: AVENIDA PRIMAVERA, Nº 699

CIDADE: BOQUEIRÃO DO PIAUÍ

CNPJ: 12.552.597/0001-66

**NOTA DE EMPENHO Nº 202046**

DATA DO EMPENHO: 02/02/2026

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 |
| 630.067,70          |                                                               | 1.550,00             |
|                     |                                                               | SALDO ATUAL          |
|                     |                                                               | 628.517,70           |

**FONTE DE RECURSOS:**

600 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do

**CÓDIGO DE APLICAÇÃO:**

999 Não se aplica

LICITAÇÃO: **DISPENSA**

Nº

PROCESSO:

**INFORMAÇÕES DO CREDOR: CÓDIGO - 1146**NOME: **DSÂNGELA RICHELLE PEREIRA CARDOSO SILVA**ENDEREÇO: **RUA MESTRE MIGUEL ROSA**

Nº: 48

BAIRRO: **CENTRO**CNPJ/CPF: **041.959.873-18**CIDADE: **CAMPO MAIOR**U.F.: **PI**TIPO DE EMPENHO: **OR - Ordinário****VALOR TOTAL...:****1.550,00**

Valor por Extensão:

um mil, quinhentos e cinquenta reais \* \* \* \* \*

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

Valor que se empenha para pagamento de serviço prestado como fisioterapeuta junto a esta secretaria.

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

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

*RAIMUNDO ANTONIO DE SOUSA***ANGELA CRISTINA DE BRITO MACHADO**  
SECRETARIA MUN. DE SAÚDE**CONTABILIZADO EM: 02/02/2026**

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

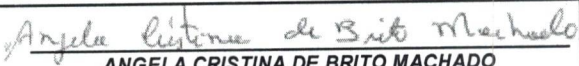
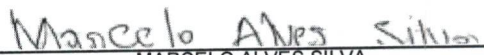
*Conceição de Maria Sousa Freitas***MARCELO ALVES SILVA**  
SECRETARIO MUN. DE FINANÇAS

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS  
BOQUEIRÃO DO PIAUÍ  
AVENIDA PRIMAVERA, Nº 699  
12.552.597/0001-66

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

|                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                     |                        |                          |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|------------------|
| EMPENHO Nº 202046                                                                                                                                           | SUBEMPENHO Nº 1                                                                                                                                     | NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 1  | FICHA: 326               | DATA: 02/02/2026 |
| CÓDIGO                                                                                                                                                      | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA                                                                                                                  |                        |                          |                  |
| 02<br>021400<br>10.301.0023.2069.0000<br>3.3.90.36.27                                                                                                       | PODER EXECUTIVO<br>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE<br>MANUT. DAS AÇÕES E SERV. PÚBLICOS DE SAÚDE<br>SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO, TÉCNICO E OPERACIONAL |                        |                          |                  |
| Fornecedor: 1146 DSÂNGELA RICHELLE PEREIRA CARDOSO SILVA                                                                                                    |                                                                                                                                                     |                        | CPF/CNPJ :041.959.873-18 |                  |
| Endereço: RUA MESTRE MIGUEL ROSA                                                                                                                            |                                                                                                                                                     |                        | CIDADE: CAMPO MAIOR      |                  |
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO                                                                                                                          |                                                                                                                                                     |                        |                          |                  |
| Valor que se empenha para pagamento de serviço prestado como fisioterapeuta junto a esta secretaria.                                                        |                                                                                                                                                     |                        |                          |                  |
| VALOR DO EMPENHO                                                                                                                                            | LIQUIDADO ATÉ A DATA                                                                                                                                | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO | SALDO A LIQUIDAR         |                  |
| 1.550,00                                                                                                                                                    | 1.550,00                                                                                                                                            | 1.550,00               | 0,00                     |                  |
| VALOR A SER PAGO R\$                                                                                                                                        |                                                                                                                                                     |                        |                          |                  |
| 1.550,00<br>um mil, quinhentos e cinquenta reais *****                                                                                                      |                                                                                                                                                     |                        |                          |                  |
| DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:                                                                                                                           |                                                                                                                                                     |                        |                          |                  |
| ( ) OS MATERIAIS FORAM RECEBIDOS                                                                                                                            |                                                                                                                                                     |                        |                          |                  |
| ( ) OS EQUIPAMENTOS FORAM RECEBIDOS                                                                                                                         |                                                                                                                                                     |                        |                          |                  |
| ( ) OS SERVIÇOS FORAM PRESTADOS                                                                                                                             |                                                                                                                                                     |                        |                          |                  |
| ( ) A OBRA FOI REALIZADA                                                                                                                                    |                                                                                                                                                     |                        |                          |                  |
| DESPESA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64<br>BOQUEIRÃO DO PIAUÍ (PI), 02/02/2026                                                         |                                                                                                                                                     |                        |                          |                  |
| 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                                                                              |                 |                                                                                                                                                      |           |
| PAGUE-SE: 02/02/2026                                                                                                                       |                 | <br>ANGELA CRISTINA DE BRITO MACHADO<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\$ |
| 294                                                                                                                                        | 30317           |                                                                                                                                                      | 1.472,50  |
| DESCONTOS REALIZADOS:                                                                                                                      |                 |                                                                                                                                                      |           |
| Ficha                                                                                                                                      | Codigo          | Descrição                                                                                                                                            | Valor     |
|                                                                                                                                            |                 |                                                                                                                                                      |           |
| PAGO EM: 13/02/2026                                                                                                                        |                 |                                                                                                                                                      |           |
| <br>MARCELO ALVES SILVA<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           | DSANGELA R P C SILVA |
| Agência        | 106-6                |
| Conta corrente | 29110-2              |
| Valor          | 1.472,50             |
| Destinação     | 0                    |
| Data           | Nesta data           |

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

|                    |
|--------------------|
| 13/02/202610:36:52 |
| 13/02/202613:05:59 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8225853 MARCELO ALVES SILVA.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE BOQUEIRAO

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

CNPJ : 01.612.566/0001-37

Avenida Primavera, S/N - Centro -

## NOTA FISCAL DE SERVIÇO ELETRÔNICA - AVULSA

Número  
**3.058.134**

Série  
**2**

Data de Emissão  
**21/01/2026**

Código de Verificação  
**113K-FG7A**



### PRESTADOR DOS SERVIÇOS

CNPJ/CPF : **041.959.873-18** Matrícula Municipal: **000.074** NIT:  
Nome: **DSANGELA RICHELLE PEREIRA CARDOSO SILVA**  
ENDEREÇO **RUA MESTRE MIGUEL ROSA, 00048 - CENTRO - CEP: 64283000** RG/IE:  
MUNICÍPIO : **Boqueirão do Piauí** UF: **PI** Telefone:

### USUÁRIO DOS SERVIÇOS

CNPJ/CPF .....: **12.552.597/0001-66** Matrícula Municipal: **000.016**  
Nome/Razão Social: **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS**  
ENDEREÇO .....: **RUA 26 DE JANEIRO, S/N - CENTRO - CEP: 64900000** RG/IE:  
MUNICÍPIO .....: **Boqueirão** UF: **PI** Telefone:

### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A SERVIÇO EVENTUAL REALIZADO COMO FISIOTERAPEUTA DA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE DE SAUDE DE BOQUEIRAO DO PIAUI.

Código do Serviço  
**215 Fisioterapia.**

|                                        |                                       |                                   |                                     |                                          |
|----------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Quantidade<br><b>1,00</b>              | Valor Unitário R\$<br><b>1.550,00</b> | <b>VALOR TOTAL DA NOTA: R\$</b>   |                                     | <b>1.550,00</b>                          |
| Base de Cálculo R\$<br><b>1.550,00</b> | Alíquota %:<br><b>5,00</b>            | Tx Expediente R\$:<br><b>0,00</b> | Valor do ISSQN R\$:<br><b>77,50</b> | Valor Líquido R\$<br><b>R\$ 1.472,50</b> |
| Deduções (Valores Retidos)             |                                       |                                   |                                     |                                          |
| PIS R\$<br><b>0,00</b>                 | COFINS R\$<br><b>0,00</b>             | CSLL R\$<br><b>0,00</b>           | INSS R\$<br><b>0,00</b>             | IRRF R\$<br><b>0,00</b>                  |
| ISS + Tx Exp R\$<br><b>77,50</b>       |                                       | Outros R\$<br><b>0,00</b>         | Total Retido R\$<br><b>77,50</b>    |                                          |

### Observação

NOTA FISCAL EMITIDA ELETRONICAMENTE

Dados Bancários: BANCO DO BRASIL - Agência: 0106-6 - Conta: 29110-2

DAM gerada no Valor de R\$ : **77,50**

## Transferência entre contas diversas

### Debitado

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

### Creditado

|                |                   |
|----------------|-------------------|
| Nome           | P M B P A PROPRIA |
| Agência        | 106-6             |
| Conta corrente | 19207-4           |
| Valor          | 77,50             |
| Destinação     | 50                |
| Data           | Nesta data        |

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

|                    |
|--------------------|
| 13/02/202610:37:34 |
| 13/02/202613:05:59 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8225853 MARCELO ALVES SILVA.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE BOQUEIRAO

Avenida Primavera, S/N  
01.612.566/0001-37

DOCUMENTO DE ARRECAÇÃO MUNICIPAL - DAM

Exercício: 2026 - Tributo: 091

ISSQN - Nota Fiscal Avulsa

Matrícula

000.074

## Dados do Contribuinte

Nome  
**DSANGELA RICHELLE PEREIRA CARDOSO SILVA**

CNPJ / CPF  
**\*\*\*.959.\*\*\*-\*\***

Endereço  
**RUA MESTRE MIGUEL ROSA**

Número  
**00048**

Complemento

Bairro  
**CENTRO**

Cidade  
**Boqueirão do Piauí**

UF CEP  
**PI 64283000**

## Dados Complementar

Inscrição Cartográfica Endereço

Número

Complemento

Bairro

Loteamento / Quadra / Lote

## Bases de Cálculo

|                 |      |
|-----------------|------|
| BC R\$          | 0,00 |
| Área Total (m²) | 0,00 |
| Área UN (m²)    | 0,00 |
| Área Const (m²) | 0,00 |
| Testadas (m)    | 0,00 |
| Alíquota (%)    | 0,00 |

## Dados complementares

|           |             |            |               |          |         |
|-----------|-------------|------------|---------------|----------|---------|
| Inscrição | Competência | Lançamento | Venc Original | NF/Série | Parcela |
| 1 / 2026  | 21/01/2026  | 21/01/2026 | 3058134/2     | 1 / 1    |         |

Vencimento

23/01/2026

I S S Q N

## Composição

77,50

Número do DAM

000013904

Base de Cálculo

1.550,00

(=) Valor Principal

77,50

(=) Valor Atualizado

77,50

(+) Multa / Juros

0,00

(-) Desconto

0,00

(=) Valor Final

77,50

## Informação Complementar

Nota Fiscal / Série : 3058134 / 2

Valor R\$ : 1.550,00

Serviço : REFERENTE A SERVIÇO EVENTUAL REALIZADO COMO FISIOTERAPEUTA  
DA SECRETARIA MUNICIPAL DE DE SAUDE DE BOQUEIRAO DO PIAUI.  
DAM retido na Fonte

## Instruções para Pagamento

Local de Pagamento: BANCO DO BRASIL OU PIX

81620000000-7 77500629202-0 60123000000-7 01390402091-7



PIX Cópia e Cola

00020101021226850014br.gov.bcb.pix2563qrcom.br/pix/v2/4217cf03-f31c-4057-8f65-a  
592629987ce520400005303986540577.505802BR5925MUNICIPIO DE BOQUEIRAO DO6015BOQUEIRAO DO PI6  
2070503\*\*\*63045568