

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS**

ENDEREÇO: AVENIDA PRIMAVERA, Nº 699

CIDADE: BOQUEIRÃO DO PIAUÍ

CNPJ: 12.552.597/0001-66

**NOTA DE EMPENHO Nº 401018**

DATA DO EMPENHO: 01/04/2026

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           |             |
| 3.3.90.36.27   | SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO, TÉCNICO E OPERACIONAL |             |
| SALDO ANTERIOR | VALOR DESTA EMPENHO                                    | SALDO ATUAL |
| 352.704,33     | 4.000,00                                               | 348.704,33  |

FONTE DE RECURSOS:

CÓDIGO DE APLICAÇÃO:

600 Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes: 999 Não se aplica

LICITAÇÃO: DISPENSA

Nº

PROCESSO:

INFORMAÇÕES DO CREDOR: CÓDIGO - 1005

NOME: ANDREIA DOS REIS MIRANDA PEREIRA

ENDEREÇO: RUA BENJAMIN CONSTANT

Nº: 616 BAIRRO: CENTRO

CNPJ/CPF: 019.056.893-30

CIDADE: BOQUEIRAO DO PIAUI

U.F.: PI

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...: 4.000,00

Valor por Extensão:

quatro mil reais \* \* \* \* \*

Discriminação do Material e/ou Serviço...:

Valor que se empenha para pagamento de serviço prestado como odontóloga no programa saúde da família - PSF com adicional de 40% de insalubridade, neste município.

EMPENHO AUTORIZADO EM: 01/04/2026

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



ANGELA CRISTINA DE BRITO MACHADO  
SECRETARIA MUN. DE SAUDE

CONTABILIZADO EM: 01/04/2026

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



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>401018</b>                                                                                                                                           | SUBEMPENHO Nº <b>1</b>                                 | NOTA DE LIQUIDAÇÃO: <b>1</b> | FICHA: <b>326</b> | DATA: <b>01/04/2026</b> |
| CÓDIGO                                                                                                                                                             | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA                     |                              |                   |                         |
| 02                                                                                                                                                                 | PODER EXECUTIVO                                        |                              |                   |                         |
| 021400                                                                                                                                                             | 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>1005 ANDREIA DOS REIS MIRANDA PEREIRA</b>                                                                                                           |                                                        | CPF/CNPJ :019.056.893-30     |                   |                         |
| Endereço: RUA BENJAMIN CONSTANT                                                                                                                                    |                                                        | CIDADE: BOQUEIRAO DO PIAUI   |                   |                         |
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO                                                                                                                                 |                                                        |                              |                   |                         |
| Valor que se empenha para pagamento de serviço prestado como odontóloga no programa saúde da família - PSF com adicional de 40% de insalubridade, neste município. |                                                        |                              |                   |                         |
| VALOR DO EMPENHO                                                                                                                                                   | LIQUIDADO ATÉ A DATA                                   | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO       | SALDO A LIQUIDAR  |                         |
| <b>4.000,00</b>                                                                                                                                                    | <b>4.000,00</b>                                        | <b>4.000,00</b>              | <b>0,00</b>       |                         |
| VALOR A SER PAGO R\$                                                                                                                                               |                                                        | <b>4.000,00</b>              |                   |                         |
| quatro mil reais *****                                                                                                                                             |                                                        |                              |                   |                         |

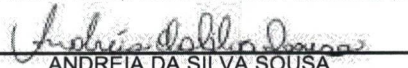
**DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:**

- ( ) 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

BOQUEIRÃO DO PIAUÍ (PI), 01/04/2026

A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO OU SUBEMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.

  
ANDREIA DA SILVA SOUSA  
CONTROLADORA INTERNA  
CPF:035.797.313-51

**ORDEM DE PAGAMENTO**

AUTORIZO O PAGAMENTO DE ACORDO COM O ART. 64, DA LEI 4.320/64

PAGUE-SE: 01/04/2026

  
ANGELA CRISTINA DE BRITO MACHADO  
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>731</b>      | <b>30317</b>    |                     | <b>3.480,00</b> |

**DESCONTOS REALIZADOS:**

Ficha Codigo Descrição

Valor

PAGO EM: 15/04/2026

  
MARCELO ALVES SILVA  
SECRETARIO MUN. DE FINANÇAS



## Transferência entre contas diversas

### Debitado

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

### Creditado

|                |                           |
|----------------|---------------------------|
| Nome           | ANDREIA R MIRANDA PEREIRA |
| Agência        | 106-6                     |
| Conta corrente | 29360-1                   |
| Valor          | 3.480,00                  |
| Destinação     | 0                         |
| Data           | Nesta data                |

|              |                                          |
|--------------|------------------------------------------|
| Assinada por | JE692838ANGELA CRISTINA DE BRITO MACHADO |
|              | J8114817MARCELO ALVES SILVA              |

|                    |
|--------------------|
| 15/04/202612:04:09 |
| 15/04/202614:41:16 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8114817 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  
**3.058.638**

Série  
**2**

Data de Emissão  
**25/03/2026**

Código de Verificação  
**9AKW-U22U**



#### PRESTADOR DOS SERVIÇOS

CNPJ/CPF : 019.056.893-30

Matrícula Municipal: 000.029

NIT:

Nome: **ANDREIA DOS REIS MIRANDA PEREIRA**

ENDEREÇO **POV POVOADO OLHO D'AGUA, s/n - ZONA RURAL - CEP:**

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 .....: **Boqueirao**

UF: **PI**

Telefone:

#### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A SERVIÇO EVENTUIAS REALIZADO COMO ODONTOLOGA NO PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA - PSF, NO MUNICIPIO DE BOQUEIRÇO DO PIAUI ADICIONADO 40% DE INSALUBRIDADE.

Código do Serviço  
**25 Odontologia.**

|                                        |                                       |                                   |                                     |                                          |
|----------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| Quantidade<br><b>1,00</b>              | Valor Unitário R\$<br><b>4.000,00</b> | <b>VALOR TOTAL DA NOTA: R\$</b>   |                                     | <b>4.000,00</b>                          |
| Base de Cálculo R\$<br><b>4.000,00</b> | Alíquota %:<br><b>2,00</b>            | Tx Expediente R\$:<br><b>0,00</b> | Valor do ISSQN R\$:<br><b>80,00</b> | Valor Líquido R\$<br><b>R\$ 3.480,00</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>440,00</b>           | IRRF R\$<br><b>0,00</b>                  |
| ISS + Tx Exp R\$<br><b>80,00</b>       |                                       | Outros R\$<br><b>0,00</b>         | Total Retido R\$<br><b>520,00</b>   |                                          |

#### Observação

NOTA FISCAL EMITIDA ELETRONICAMENTE

Dados Bancários: BANCO DO BRASIL - Agência: 0106-6 - Conta: 29360-1 - Operação: 51

DAM gerada no Valor de R\$ : **80,00**

## 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          | 520,00            |
| Destinação     | 50                |
| Data           | Nesta data        |

|              |                                          |
|--------------|------------------------------------------|
| Assinada por | JE692838ANGELA CRISTINA DE BRITO MACHADO |
|              | J8114817MARCELO ALVES SILVA              |

|                    |
|--------------------|
| 15/04/202612:04:35 |
| 15/04/202614:41:16 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8114817 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

**000.029**

## Dados do Contribuinte

Nome  
**ANDREIA DOS REIS MIRANDA PEREIRA**

CNPJ / CPF  
**\*\*\*.056.\*\*\*-\*\***

Endereço  
**POV POVOADO OLHO D'AGUA**

Número  
s/n

Complemento  
**QUADRA 40**

Bairro  
**ZONA RURAL**

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 |
|           | 3 / 2026    | 25/03/2026 | 25/03/2026    | 3058638/2 | 1 / 1   |

Vencimento

**27/03/2026**

## Composição

I S S Q N 80,00

Número do DAM

**000014516**

Base de Cálculo

**4.000,00**

(=) Valor Principal

**80,00**

(=) Valor Atualizado

**80,00**

(+) Multa / Juros

**0,00**

(-) Desconto

**0,00**

(=) Valor Final

**80,00**

## Informação Complementar

Nota Fiscal / Série : 3058638 / 2

Valor R\$ : 4.000,00

Serviço : REFERENTE A SERVIÇO EVENTUIAS REALIZADO COMO ODONTOLOGA NO PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA - PSF, NO MUNICIPIO DE BOQUEIRÃO DO PIAUI ADICIONADO 40% DE INSALUBRIDADE.

DAM retido na Fonte

## Instruções para Pagamento

Local de Pagamento: BANCO DO BRASIL OU PIX



81600000000-9 80000629202-6 60327000000-4 01451602091-5



## PIX Cópia e Cola

00020101021226850014br.gov.bcb.pix2563qrccodepix.bb.com.br/pix/v2/20c1b3ad-91e4-41c0-9e34-d  
522255c90ac520400005303986540580.005802BR5925MUNICIPIO DE BOQUEIRAO DO6015BOQUEIRAO DO PI6  
2070503\*\*\*6304D7B4