

**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS**

ENDEREÇO: AVENIDA PRIMAVERA, Nº 699

CIDADE: BOQUEIRÃO DO PIAUÍ

CNPJ: 12.552.597/0001-66

**NOTA DE EMPENHO Nº 401104**

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 |
| 284.721,15     | 1.804,00                                               | 282.917,15  |

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 - 3317

NOME: CLEIDIANE OLIVEIRA SILVA

ENDEREÇO: RUA 13

Nº: 0

BAIRRO: VILA NOVA

CNPJ/CPF: 058.988.003-95

CIDADE: BOQUEIRAO DO PIAUI

U.F.: PI

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

1.804,00

Valor por Extenso:

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

Discriminação do Material e/ou Serviço...:

Valor que se empenha para pagamento referente a auxiliar financeiro complementar pelo serviço eventual realizado como técnico de enfermagem posto do povoado rua dez ,zona rural de boqueirão do Piauí conforme postaria GM/MS Nº 2.031, de 28 de novembro de 2

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

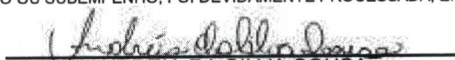
A despesa referente a este empenho foi devidamente processada encontrando-se em ordem para pagamento.

MARCELO ALVES SILVA  
SECRETARIO MUN. DE FINANÇAS



BOQUEIRÃO DO PIAUÍ  
AVENIDA PRIMAVERA, Nº 699  
12.552.597/0001-66

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                     |  |                                                                                                     |  |                   |  |                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|-------------------------|--|
| EMPENHO Nº <b>401104</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<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: <b>3317 CLEIDIANE OLIVEIRA SILVA</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                     |  | CPF/CNPJ :058.988.003-95                                                                            |  |                   |  |                         |  |
| Endereço: RUA 13                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                     |  | CIDADE: BOQUEIRAO DO PIAUI                                                                          |  |                   |  |                         |  |
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO<br>Valor que se empenha para pagamento referente a auxiliar financeiro complementar pelo serviço eventual realizado como técnico de enfermagem posto do povoado rua dez ,zona rural de boqueirão do Piaui conforme postaria GM/MS Nº 2.031, de 28 de novembro de 2 |  |                                                                                                                                                     |  |                                                                                                     |  |                   |  |                         |  |
| VALOR DO EMPENHO                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | LIQUIDADO ATÉ A DATA                                                                                                                                |  | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO                                                                              |  | SALDO A LIQUIDAR  |  |                         |  |
| 1.804,00                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 1.804,00                                                                                                                                            |  | 1.804,00                                                                                            |  | 0,00              |  |                         |  |
| VALOR A SER PAGO R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 1.804,00<br>um mil, oitocentos e quatro reais *****<br>**                                                                                           |  |                                                                                                     |  |                   |  |                         |  |
| DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                     |  | DESPESA LIQUIDADA DE ACORDO COM O ARTIGO 63, DA LEI 4.320/64<br>BOQUEIRÃO DO PIAUÍ (PI), 01/04/2026 |  |                   |  |                         |  |
| ( ) OS MATERIAIS FORAM RECEBIDOS<br>( ) OS EQUIPAMENTOS FORAM RECEBIDOS<br>( ) OS SERVIÇOS FORAM PRESTADOS<br>( ) A OBRA FOI REALIZADA                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                     |  |                                                                                                     |  |                   |  |                         |  |
| A DESPESA REFERENTE A ESTE EMPENHO OU SUBEMPENHO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                     |  |                                                                                                     |  |                   |  |                         |  |
| <div style="text-align: center;"> <br/> <b>ANDREIA DA SILVA SOUSA</b><br/> <b>CONTROLADORA INTERNA</b><br/> <b>CPF:035.797.313-51</b> </div>                                                                      |  |                                                                                                                                                     |  |                                                                                                     |  |                   |  |                         |  |

## ORDEM DE PAGAMENTO

|                                                               |        |                                                                                                         |       |
|---------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| AUTORIZO O PAGAMENTO DE ACORDO COM O ART. 64, DA LEI 4.320/64 |        | <u>Angela Cristina de Brito Machado</u><br>ANGELA CRISTINA DE BRITO MACHADO<br>SECRETARIA MUN. DE SAUDE |       |
| PAGUE-SE: 01/04/2026                                          |        |                                                                                                         |       |
| PAGAMENTO EFETUADO COM O(S) SEGUINTE(S) RECURSO(S):           |        |                                                                                                         |       |
| NÚMERO DA ORDEM                                               |        | NÚMERO DA CONTA                                                                                         |       |
| 830                                                           |        | 41707                                                                                                   |       |
|                                                               |        | NÚMERO DO DOCUMENTO                                                                                     |       |
|                                                               |        | VALOR R\$                                                                                               |       |
|                                                               |        | 1.713,80                                                                                                |       |
| DESCONTOS REALIZADOS:                                         |        |                                                                                                         |       |
| Ficha                                                         | Código | Descrição                                                                                               | Valor |
|                                                               |        |                                                                                                         |       |
| PAGO EM: 06/04/2026                                           |        | <u>Marcelo Alves Silva</u><br>MARCELO ALVES SILVA<br>SECRETARIO MUN. DE FINANÇAS                        |       |

## DOC ou TED Eletrônico

### Debitado

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

### Creditado

|                         |                          |                    |
|-------------------------|--------------------------|--------------------|
| Banco                   | 260                      | NU PAGAMENTOS - IP |
| Agência (sem DV)        | 1                        |                    |
| Conta corrente (com DV) | 171168389                |                    |
| CPF                     | 058.988.003-95           |                    |
| Nome favorecido         | CLEIDIANE OLIVEIRA SILVA |                    |
| Finalidade              | CREDITO EM CONTA         |                    |
| Número documento        | 40.611                   |                    |
| Valor                   | 1.713,80                 |                    |
| Destinação              | 0                        |                    |
| Data transferência      | 06/04/2026               |                    |
| "C" - CNPJ diferente    |                          |                    |
| Autenticação SISBB      | 78ED19BA7AF32637         |                    |

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

06/04/202607:58:46

06/04/202608:44:22

Transação efetuada com sucesso.

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



# 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  
**3.058.712**

Série  
**2**

Data de Emissão  
**26/03/2026**

Código de Verificação  
**6GTH-HSRZ**



#### PRESTADOR DOS SERVIÇOS

CNPJ/CPF : 058.988.003-95

Matrícula Municipal: 001.091

NIT:

Nome: CLEIDIANE OLIVEIRA DA SILVA

ENDEREÇO AV TANCREDO NEVES, S/N - VILA NOVA - 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 AUXILIO FINACEIRO COMPLEMENTAR PELO SERVIÇO EVENTUAL  
REALIZADO COMO TECNICO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE BASICA DE SAUDE "UBS",  
ZONA URBANA DE BOQUEIRAO DO PIAUÍ CONFORME POSTARIA GM/MS N° 2.031, DE  
28 DE NOVEMBRO DE 2023

Código do Serviço

19 Enfermagem, inclusive serviços auxiliares.

|                            |                    |                          |                     |                   |
|----------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|-------------------|
| Quantidade                 | Valor Unitário R\$ | VALOR TOTAL DA NOTA: R\$ |                     | 1.804,00          |
| 1,00                       | 1.804,00           |                          |                     |                   |
| Base de Cálculo R\$        | Aliquota %:        | Tx Expediente R\$:       | Valor do ISSQN R\$: | Valor Líquido R\$ |
| 1.804,00                   | 5,00               | 0,00                     | 90,20               | R\$ 1.713,80      |
| Deduções (Valores Retidos) |                    |                          |                     |                   |
| PIS R\$                    | COFINS R\$         | CSLL R\$                 | INSS R\$            | IRRF R\$          |
| 0,00                       | 0,00               | 0,00                     | 0,00                | 0,00              |
| ISS + Tx Exp R\$           | Outros R\$         | Total Retido R\$         |                     |                   |
| 90,20                      | 0,00               | 90,20                    |                     |                   |

#### Observação

NOTA FISCAL EMITIDA ELETRONICAMENTE

Dados Bancários: NUBANK - Agência: 0001 - Conta: 17116838-9

DAM gerada no Valor de R\$ : 90,20

## 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          | 90,20             |
| Destinação     | 50                |
| Data           | Nesta data        |

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

|                    |
|--------------------|
| 06/04/202607:59:12 |
| 06/04/202608:44:22 |

Transação efetuada com sucesso.

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





## PREFEITURA MUNICIPAL DE BOQUEIRAO

Avenida Primavera, S/N  
01.612.566/0001-37

DOCUMENTO DE ARRECADAÇÃO MUNICIPAL - DAM

**Exercício: 2026 - Tributo: 091**  
**ISSQN - Nota Fiscal Avulsa**

### Dados do Contribuinte

Matrícula

**001.091**

Nome

**CLEIDIANE OLIVEIRA DA SILVA**

Endereço

**AV TANCREDO NEVES**

Bairro

**VILA NOVA**

Número

**S/N**

Cidade

**Boqueirão do Piauí**

CNPJ / CPF

**\*\*\*.988.\*\*\*-\*\***

Complemento

UF

**PI**

CEP

**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      |
|           | <b>3 / 2026</b> | <b>26/03/2026</b> | <b>26/03/2026</b> | <b>3058712/2</b> | <b>1 / 1</b> |

Vencimento

**28/03/2026**

### Composição

I S S Q N

90,20

Número do DAM

**000014590**

Base de Cálculo

**1.804,00**

(=) Valor Principal

**90,20**

(=) Valor Atualizado

**90,20**

(+) Multa / Juros

**0,00**

(-) Desconto

**0,00**

(=) Valor Final

**90,20**

### Informação Complementar

Nota Fiscal / Série : 3058712 / 2

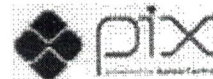
Valor R\$ : 1.804,00

Serviço : REFERENTE A AUXILIO FINACEIRO COMPLEMENTAR PELO SERVIÇO EVENTUAL REALIZADO COMO TECNICO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE BASICA DE SAUDE "UBS", ZONA URBANA DE BOQUEIRAO DO PIAUÍ CONFORME POSTARIA GM/MS Nº 2.031, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2023  
DAM retido na Fonte

### Instruções para Pagamento

Local de Pagamento: BANCO DO BRASIL OU PIX

81620000000-7 90200629202-0 60328000000-2 01459002091-4



### PIX Cópia e Cola

00020101021226850014br.gov.bcb.pix2563qrcodepix.bb.com.br/pix/v2/8cf24156-9be4-4e6c-bab6-e  
c6ca1a60472520400005303986540590.205802BR5925MUNICIPIO DE BOQUEIRAO DO6015BOQUEIRAO DO PI6  
2070503\*\*\*63048D51