



ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

Sec. Municipal de Saúde e Higiene

PREFEITURA MUNICIPAL DE S. S. DO ALTO
PROTOCOLO GERAL

Processo nº

2265/2020

Data:

08.09.2020

EXERCÍCIO DE 2020

FMS

Referência: _____

REFERENCIA: SERVIDORES FUNDO MUNIC.
SAUDE - COVID-19
ASSUNTO: PAG. FOLHA SUPLEMENTAR 08/2020
DATA: 08 /09 /2020
PROCESSO: 2265/2020

Assunto: _____

Início em _____



08.09.2020

Processo Nº _____

Ordem de Pagamento Nº _____

Jh

Empenho Nº 338

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO



Rua Júlio Vieitas, 88 - Centro - São Sebastião do Alto - RJ
 CGC 28.645.786/0001-13 - Tel : (024) 559.1160

Divisão

Cod. Orc. :

Prazo Entrega

Folha 1 de 1

CIF [] [] []
 FOB [] [] []

PROC. 2265/2020
 P.S.N. 02

TIPO DE PROCESSO : **A** A - [AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO] / P - [PRESTAÇÃO DE SERVIÇO]

CÓDIGO FORNECEDOR : 336/04 NOME: SERVIDORES FUNDO MUNIC. DE SAÚDE.

ENDEREÇO : Bairro :: TELE:

CIDADE : CEP : Estado :: CGC:

OBSERVAÇÕES : PAG. DE FOLHA SUPLEMENTAR REF; 08/2020 - COVID-19

ITEM	DESCRIÇÃO:	UN	QUANT.	VR. UNIT.	VALOR TOTAL
1	PAG. DE FOLHA SUPLEMENTAR		1	R\$4.384,00	R\$4.384,00

TOTAL GERAL R\$4.384,00

Total p/Extenso : QUATRO MIL TREZENTOS E OITENTA E QUATRO REAIS

DATA EMISSÃO :

DATA DA ENTREGA :

ACEITE FIRMA :

ACEITE PREFEITURA :

Claudiane dos S. Pereira Rodrigues
 Secretária Municipal de Saúde e Higiene
 Matr. 904103

28104 2020



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de São Sebastião do Alto
Secretaria Municipal de Administração, Trabalho e Recursos Humanos



REQUERIMENTO

Ao Exmo. Senhor Prefeito.

Requer mui respeitosamente solicitar o pagamento da Folha de Suplementar dos servidores COVID-19, referente ao mês de agosto/2020, como segue abaixo:

- Bruto R\$ 4.384,00
- Desconto R\$ 404,63
- Líquido R\$ 3.979,37

Sem mais,

Atenciosamente,

São Sebastião do Alto, 08 de setembro de 2020.

Lívia de Araujo P. Latini
Secretária Municipal de Administração,
Trabalho e Recursos Humanos

Total Geral (1 funcionarios)

Cod. R	Descricao	vMensal	DESC	Cod. R	Descricao	vMensal	
PROV 68	DIF DE SALARIO	865,00		528	INSS	70,15	
155	PLANTAO EXTRA	3.519,00		531	IRRF	334,48	
PROVENTOS:	4.384,00	VANTAGENS:	0,00	DESCONTOS:	404,63	LIQUIDO:	3.979,37



Total Geral (1 funcionarios)

Cod. R	Descricao	VlMensal	DESC	Cod. R	Descricao	VlMensal	
PROV 68	DIF DE SALARIO	865,00		528	INSS	70,15	
155	PLANTAO EXTRA	3.519,00		531	IRRF	334,48	
PROVENTOS:	4.384,00	VANTAGENS:	0,00	DESCONTOS:	404,63	LIQUIDO:	3.979,37



40415-2



RESUMO DA FOLHA DE PESSOAL
COVID-19/SUPLENTAR

Conta COVID -19 Bradesco

ago/20

TOTAL

Centros de Custo

62/

ALIANCA - SINDICATO	
PREV IPAMC	
ITAÚ	
UNASP	
C.E.F	
BANCO DO BRASIL	
BRADESCO	
upp	
SAF-PREFEITURA	
DENTAL PLAN	
SINDICATO	
MACAEPREV	
PENSAO	
INSS	70,15
IRRF	* 334,48
PREV ALTO	
LIQUIDO	* 3.979,37
BRUTO (-FALTAS E DESCON)	4.384,00
SALARIO FAMILIA	
AUX. ALIMENTAÇÃO	

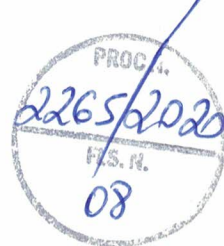
*

21

Total Geral (1 funcionarios)

Cod. R	Descricao	VlMensal	DESC	Cod. R	Descricao	VlMensal	
PROV 68	DIF DE SALARIO	865,00		528	INSS	70,15	
155	PLANTAO EXTRA	3.519,00		531	IRRF	334,48	
PROVENTOS:	4.384,00	VANTAGENS:	0,00	DESCONTOS:	404,63	LIQUIDO:	3.979,37





ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

AUTORIZAÇÃO DE EMPENHO

Autorizo o Empenho da importância de R\$4.384,00
(QUATRO MIL TREZENTOS E OITENTA E QUATRO REAIS) a favor de
SERVIDORES FUNDO MUNIC. DE SAÚDE. pelo fornecimento ou serviço abaixo discriminado :
PAG. DE FOLHA SUPLEMENTAR REF; 08/2020 - COVID-19

S. S. do Alto - RJ, 08 de setembro de 2020.



Carlos Otávio da Silva Rodrigues
Prefeito Municipal

PROC. 2265/2020
09

NOTA DE EMPENHO

Estado do Rio de Janeiro
Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto
Fundo Municipal de Saúde
Contadoria do Fundo de Saúde
CNPJ 11.174.211/0001-67

Fonte de Rec: COVID 19 - ESTADO
000338/2020 Ordinário Extraordinário
Unid: 01 Fundo Municipal de Saúde
Contratação por prazo Conta: 675

Orgao: 01 Fundo Municipal de Saúde
Dotacao: 103050012 1.043 3190.04.01.05

Credor: 3426 SERVIDORES DO FMS

C.G.C. 11.174.211/0001-67

Endereco:

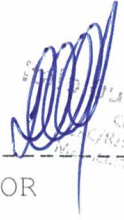
Fone:

Não se Aplica
---Valor orçado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---
300.000,00 238.993,53 4.384,00 234.609,53

Item	Qtd	Uni	Especificacao	Valor Unitario	Valor Total
1		1UN	PAG. FOLHA SUPLEMENTAR REF. 08/2020	4.384,0000	4.384,00

Total Geral
4.384,00


RESPONSÁVEL P/EMPENHO
Renato Ferreira
Auxiliar de Gestão Administrativa
Matr. 13/497805


CONTADOR
Rubens Martins
Contador
C/RN 07204/03
Matr. 11/2239-03


CONTADOR DA DESPESA
Claudineia S. Pereira Rodrigues
Secretaria Municipal de Saúde e Higiene
Matr. 004183


Rafael Ruyter Garcia
Contador
Matr. 108128/0-8
CPC-RJ 108128/0-8

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Estado do Rio de Janeiro
Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto
Secretaria de Finanças
Contadoria Geral do Município
CGC 28.645.786/0001-13

Fonte de Rec: COVID 19 - ESTADO

Empenho:000338/2020



Orgão: 01 Fundo Municipal de Saúde Unid: Fundo Municipal de Saúde
Dotação: 103050012 1.043 3190.04.01.05 Contratação por praz Conta: 675

Nº Liquidação: 000538

-----Detalhamento das Retenções-----

T.N.S.S.	70,15
T.R.R.F. - FUNDOS	334,48

Data: 08.09.

Valor: 4.384,00

Declaro que o Material/Prestação de Serviços
foi entregue em 08 / 09 / 2020.

Responsável pela Liquidação

Paulo Henrique B. Gonçalves
Cidade São João del-Rei

11/09/2020
MAR 99/083108



Orgao ...: 01 Fundo Municipal de Saúde
Unidade ..: 01 Fundo Municipal de Saúde

10300121.043000.3194.00.00.00 CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO 675

Credor ...: 3426 SERVIDORES DO FMS

Emissao ...: 09.09. Empenho ..: 000338/2020 Ordinário

----- Valores ----- Autorizacao -----

Empenhado ..:	4.384,00	Autorizo ao Sr. Tesoureiro a efetuar pagamento
Anulado ...:	0,00	da importancia de R\$ 3.979,37
Pago	404,63	três mil novecentos e setenta e nove reais e **
Ordem Pagto:	3.979,37	trinta e **sete centavos*****
A Pagar ...:	3.979,37	*****

Data...: 09.09.2020 Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 2265

Ordem de Pagamento

Cláudio dos Anjos
Secretaria Municipal de Saúde e Higiene
2020/123

Recibo de Pagamento : Recebi(emos) da Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto a importancia supra de R\$ 3.979,37 três mil novecentos e setenta e nove reais e **trinta e **sete centavos*****

Referente esta Ordem de Pagamento a qual dou(amos) plena e geral quitacao.

Tesouraria	Codigo Banco :	Nro Banco:
	Nro do Cheque:	Agencia ..:
		Nro C/C ..:
		Cidade ...:

SERVIDORES DO FMS

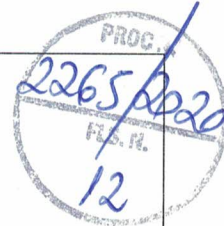
C.P.F./ C.I. _____

**Comprovante de Transação Bancária**

Transferências Para Contas de Outros Bancos (TED)

Data da operação: 08/09/2020 - 15h45

Nº de controle: 849273144559211507 | Documento: 4851474

Conta de débito: **Agência: 1888 | Conta: 0040415-2 | Tipo: CONTA CORRENTE**Empresa: **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE | CNPJ: 011.174.211/0001-67**Nome do favorecido: **PMSSA SISPAG**CNPJ: **28.645.786/0001-13**Conta de crédito: **Banco: 341 - ITAU UNIBANCO S.A. | Agência: 6073 | Conta: 8721**Tipo de conta: **CONTA-CORRENTE INDIVIDUAL**Finalidade: **10 - CREDITO EM CONTA**Valor **R\$ 3.979,37**Tarifa: **R\$ 10,45**Valor total: **R\$ 3.989,82**Tipo de transferência: **TED - Titularidade Diferente
Crédito disponível no mesmo dia da data de débito**Data de débito: **08/09/2020**

A tarifa é cobrada por transferência realizada e para as operações agendadas poderá sofrer alteração de acordo com os valores vigentes na data do débito

Autenticação

LuWAo@GE Cft@4q6H CiGOVPyP nsYQvfZz JC8CRR5M U5OJCeNp *ATa?wFW 2H?UpjUy
sCt#yohL slGf*pPc J89n#wFK V3CNmE5r k*DX8B8@ RpuhIdA9 XGfgqCPb3 w371*6g6
iHDEwWh2 zHybL?cP q5ZD6iDB qkzL6yN7 BanGnzUc 17QOFP5? 48514740 8/09/202

SAC - Serviço de Apoio ao ClienteAlô Bradesco
0800 704 8383Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0099Cancelamentos, Reclamações e Informações.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.Demais telefones
consulte o site
Fale Conosco**Ouvidoria**

0800 727 9933

Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.