



ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

Sec. Municipal de Saúde e Higiene

1040/2020
8-9-2020
139

EXERCÍCIO DE 2020

FMS

Referência: _____

REFERENCIA: SERGIO LUIZ CORREA
ASSUNTO: PAG. PARCELA REF. ALUGUEL
DATA: 08 /09 /2020
PROCESSO: 1040/2020-EMP-139FR-RSUS

Assunto: _____

Início em _____



Processo Nº _____

Ordem de Pagamento Nº _____

Empenho Nº _____

EXE 416

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

PROC. N.
1040/2020
Folha 1 de 1
S. N.
02



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

S. N.

CIF

FOB

[] [] [] []

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

CÓDIGO FORNECEDOR : 2598 NOME: SERGIO LUIZ CORREA

ENDEREÇO : RUA JULIO VIEITAS - FUNDOS

CIDADE : SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

CEP : 28550000

CGC: 67638031768

OBSERVAÇÕES : SOLICITO AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE ALUGUEL DE IMÓVEL COMERCIAL
DESTINADO AO CENTRO DE TRIAGEM COVID-19, CONFORME PROCESSO N. 1040/2020,
CONTRATO 052020, EMPENHO: 01392020,FR: SUS.

ITEM	DESCRIÇÃO:	UN	QUANT.	VR. UNIT.	VALOR TOTAL
1	PAGAMENTO ALUGUEL REF.: AGOSTO2020		1	RS10.000,00	RS10.000,00

TOTAL GERAL RS10.000,00


Total p/Extenso : **DEZ MIL REAIS**

DATA EMISSÃO :

DATA DA ENTREGA :

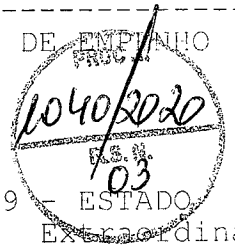
ACEITE FIRMA :

ACEITE PREFEITURA :


 Claudiane dos Santos
 Secretária Mun. de Saúde
 e Higiene
 Matrícula 645 / 2020

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
000139/2020 Global Extraordinário

Orgão: 01 Fundo Municipal de Saúde Unid: 01 Fundo Municipal de Saúde
Dotacao: 103050012 1.043 3390.36.01.01 Outros Serv. Terc . Conta: 677

Preparador: 8919 SERGIO LUIZ CORREA

C.G.C. 676.380.317-68

Endereço: RUA JULIO VIEITAS 124 FUNDOS Fone:

SAO SEBASTIAO DO ALTO

Dispensa por Jus 1040 Emissao: 06/04/2020
---Valor arcado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---
90.000,00 90.000,00 90.000,00 0,00

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
			SEM CONTRATO DE LOCAÇÃO, QUE ENTRE SI FAZEM DE UM LADO COMO LOCATARIO, O MUNICIPIO DE SAO SEBASTIAO DO ALTO E SERGIO LUIZ CORREA	10.000,0000	90.000,00

Total Geral
82.477,44

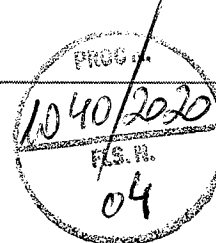
Genari Giovanni Oliveira Barros
Agente Administrativo
Mat. 87/0147-06

RESPONSÁVEL P/ EMISSÃO

Contador
Município de São Sebastião do Alto
R. Rio de Janeiro, 124
Fone: 000139/2020

CONTADOR

ORDENADOR DA DESPESA
Claudiane dos Santos Piestrani
Secretária Mun. de Saúde
e Higiene
Matricula: 004/03



Simulação de Alíquota Efetiva

Imposto de Renda da Pessoa Física - 2020

IMPOSTO SOBRE A RENDA MENSAL - Valores em Reais

1. Rendimentos tributáveis	10.000,00
2. Deduções	
2.1 Previdência Oficial	0,00
2.2 Dependente (quantidade) <input type="text" value="0"/>	0,00
O valor da dedução é R\$ 189,59 mensais, por dependente.	
2.3 Pensão alimentícia	0,00
2.4 Outras deduções	0,00
2.5 Total de Deduções	0,00
* Para mais informações sobre deduções verificar IN RFB nº 1500, de 2014.	

3. Base de cálculo (1 - 2.5)	10.000,00
-------------------------------------	------------------

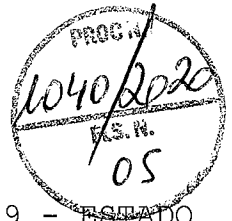
4. Imposto	1.880,64		
Demonstrativo da Apuração do Imposto			
	Faixa da Base de Cálculo	Alíquota	Valor do Imposto
1ª Faixa	1.903,98	0,0%	0,00
2ª Faixa	922,67	7,5%	69,20
3ª Faixa	924,40	15,0%	138,66
4ª Faixa	913,63	22,5%	205,57
5ª Faixa	5.335,32	27,5%	1.467,21
Total	10.000,00	---	1.880,64

5. Alíquota efetiva - %	18,81	Percentual do imposto sobre os rendimentos tributáveis.
Senhor contribuinte, apesar do seu rendimento estar na faixa de 27,50%, sua alíquota efetiva é de 18,81%		

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:000139/2020



Orgão: 01 Fundo Municipal de Saúde Unid: Fundo Municipal de Saúde
Dotação: 103050012 1.043 3390.36.01.01 Outros Serv. Terc . Conta: 677

Nº Liquidação: 000606

-----Detalhamento das Retenções-----

I.R.R.F. - FUNDOS 1.880,64

Data: 21.09.

Valor: 10.000,00

Declaro que o Material/Prestação de Serviços
foi entregue em 21 / 09 / 2020.



Responsável pela Liquidação

Paulo Henrique de Oliveira
Diretor Seção Licitação
11/2020

Handwritten signature and date: 21/09/2020

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

NOTA DE EMPENHO



000116/20 Extraorçamentário

Conta Extra: 2108.08.01.01 I.R.R.F. - FUNDOS

Conta: 6170

Credor: 572 I.R.R.F

CGC:

Banco: 000 Ag: C/C:

Endereco:

Fone:

Não se Aplica 1040 Emissao: 21.09.20 Vencimento: 21.09.20
 ---Valor orcado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---
 1.880,64

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1	1	UN	RECOLHIMENTO IRRF SERGIO LUIZ CORREA	1.880,64	1.880,64

Local de Entrega

Genari Giovanni Oliveira Barro
 Agente Administrativo
 Mat. 87/0147-08

Claudio Maria Gomes da Silva
 Contador
 CRC RJ 081358/02
 Mat. 84/0867-05

Claudiane dos S. Dietrich Rodrigues
 Secretária do Município de São Sebastião do Alto
 Mat. 84/0867-05

Total Geral: 1.880,64

RESPONSAVEL PELA EMISSAO

CONTADOR

ORDENADOR DA DESPESA

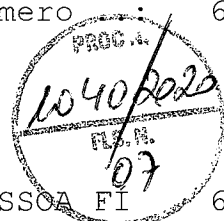
-----Liquidacao-----
 Declaro que o Material foi Fornecido
 Servico Prestado ----- Data: / / .
 RESPONSAVEL

-----Pagamento-----
 Descontos: A- INSS- R\$ - Cred- Total Descontado
 Demonst.: B- IRRF- R\$ - Debi- R\$ -

-----Ordem de Pagamento----- Recibo -----
 Em / / . Em / / .

Pague-se a importancia
 Acima Processada ----- Recebi a importancia
 SECRET. FINANÇAS ASSINATURA CREDOR

Cheque ----- Certifico Haver Pago
 a Importancia Acima
 Banco ----- mencionada
 TESOUREIRO



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

10300121.043000.3393.00.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FI 677

Credor ...: 3929 SERGIO LUIZ CORREA

Emissao ...: 22.09. Empenho ..: 000139/2020 Global

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

Empenhado ..: 90.000,00 Autorizo ao Sr. Tesoureiro a efetuar pagamento
Anulado ...: 0,00 da importancia de R\$ 8.119,36
Pago: 41.880,64 oito mil cento e dezenove reais e trinta e ****
Ordem Pagto: 8.119,36 seis centavos*****
A Pagar ...: 8.119,36 *****

Data...: 22.09.2020 Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 1040

Ordenação dos S. Pref. Dani Rodrigues
Claudiana Moraes Secretária Municipal de Saúde e Higiene
Mat. 004703

Recibo de Pagamento : Recebi(emos) da Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto
a importancia supra de R\$ 8.119,36
oito mil cento e dezenove reais e trinta e ****seis 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 ...:

SERGIO LUIZ CORREA

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

Orgao ...: 00
Unidade .: 00

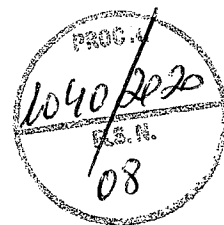
00000000.000000.0000.00.00.00

Credor ...: 572 I.R.R.F

Emissao ...: 22.09.

Empenho ..: 000116/2020

Extra



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

Empenhado ..: 1.880,64 Autorizo ao Sr. Tesoureiro a efetuar pagamento
Anulado ...: 0,00 da importancia de R\$ 1.880,64
Pago,: 0,00 um mil oitocentos e oitenta reais e sessenta e
Ordem Pagto: 1.880,64 quatro ***centavos*****
A Pagar ...: 1.880,64 *****

Data...: 22.09.2020 Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 1040

Ordenacao de Pagamento
Claudiane R.S. Petry Rodrigues
Secretaria Municipal de Saude e Higiene

Recibo de Pagamento : Recebi(emos) da Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto
a importancia supra de R\$ 1.880,64
um mil oitocentos e oitenta reais e sessenta e quatro **
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 ...:

I.R.R.F

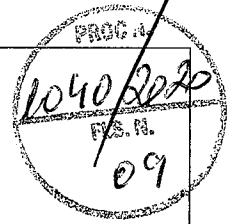
C.P.F./ C.I.

**Comprovante de Transação Bancária**

Transferências Para Contas de Outros Bancos (TED)

Data da operação: 22/09/2020 - 10h03

Nº de controle: 568612646916276717 | Documento: 4090099

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: **SERGIO LUIZ CORREA**CPF: **676.380.317-68**Conta de crédito: **Banco: 341 - ITAU UNIBANCO S.A. | Agência: 4053 | Conta: 88359**Tipo de conta: **CONTA-CORRENTE INDIVIDUAL**Finalidade: **10 - CREDITO EM CONTA**Valor **R\$ 8.119,36**Tarifa: **R\$ 10,45**Valor total: **R\$ 8.129,81**Tipo de transferência: **TED - Titularidade Diferente**
Crédito disponível no mesmo dia da data de débitoData de débito: **22/09/2020**

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

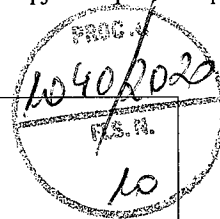
Autenticação

Dz7ok?Oh cI#@fvfB rieQaOkB @8IAqNet FL2IRVIP n7P?QcQu b2h4NiNM 8X9FfMdf
4o9HHJ8a IsziJXcV RA8@eXhy uV7ba4gK S7Nb?2RM iu2OAO6w xWTInSrV jFiKFAMv
r9GFdV6V IBZn@tRp Wf7QUTQ? Ph6kxJ2l vJyJppy3 x3UOEHW 40900992 2/09/202

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente Alô Bradesco 0800 704 8383 Deficiente Auditivo ou de Fala 0800 722 0099 Cancelamentos, 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.



Comprovante de Transação Bancária

Transferências entre Contas Bradesco
 Data da operação: 22/09/2020 - 10h03
 Nº de controle: 568612646916276717 | Documento: 1888400

Conta de débito: **Agência: 1888 | Conta: 0040415-2 | Tipo: Conta-Corrente**
 Empresa: **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE | CNPJ: 011.174.211/0001-67**

Conta de crédito: **Agência: 1888 | Conta: 40041-6 | Tipo: Conta-Corrente**
 Nome do favorecido: **P.M.S.S.A ICMS**
 Valor: **R\$ 1.880,64**
 Data de débito: **22/09/2020**
 Descrição: **IRRF SERGIO LUIZ CORREA**

Transação está sujeita a análise. O crédito será efetuado em instantes.

Autenticação

j*1H2UjY w@AVtL#W 34#ZGabR 9oPRtI#V s3DZNErU 5iRWCuFO VQttLYPx VviZU9hn
 nq2td6pd GdPiTssN Pp3kdq5K BbJZug5j vmBS@JJ? ji@zIpdH ZaiQmKNQ RhvotW*E
 KS?JN21Y aOzlp9NX U8?aHJtB fhIb*DXp srS2@vwZ z#UcOwAF 01888000 00000404

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente Alô Bradesco 0800 704 8383 Deficiente Auditivo ou de Fala 0800 722 0099 Cancelamentos, 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.