



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  
PROCDUOLG GERAL

Processo nº 2473/2020

Data: 01/10/2020

**EXERCÍCIO DE 20** 2020

**FMS**

Referência: \_\_\_\_\_

REFERENCIA: SERVIDORES FUNDO MUNIC. DE SAUDE - COVID - 19  
ASSUNTO: PAG. DE PESSOAL REF. 9/2020  
DATA: 01 / 10 /2020  
PROCESSO: 2473/2020

Assunto: \_\_\_\_\_

Início em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



01/10/2020

Processo Nº \_\_\_\_\_

Ordem de Pagamento Nº 638

Empenho Nº 372

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

Folha 1 de 1

Cod. Orc. :

Prazo Entrega

CIF FOR

2473/2020  
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 PESSOAL REF. 09/2020 - COVID - 19

ITEM	DESCRIÇÃO:	UN	QUANT.	VR. UNIT.	VALOR TOTAL
1	PAG. DE PESSOAL REF. 09/2020		1	R\$26.999,76	R\$26.999,76

TOTAL GERAL R\$26.999,76

Total p/Extenso : VINTE E SEIS MIL NOVECENTOS E NOVENTA E NOVE REAIS E SETENTA E SEIS CENTAVOS

DATA EMISSÃO :

DATA DA ENTREGA :

ACEITE FIRMA :

ACEITE PREFEITURA :

Claudiahe Dias S. Petram Rodrigues  
 Secretária Municipal de Saúde e Higiene  
 Mar 04/20

28143 2020



REQUERIMENTO

Ao Exmo. Senhor Prefeito.

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

- Bruto R\$ 28.733,36
- Desconto R\$ 5.575,76
- Líquido R\$ 23.157,60

Sem mais,

Atenciosamente,

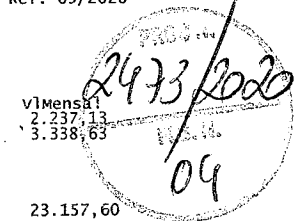
São Sebastião do Alto, 30 de setembro de 2020.

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

Lotacao: 062-COVID-19

Total 062-COVID-19  
Total Geral ..... (8 funcionarios)

Cod. R	Descricao	VlMensal	DESC	Cod. R	Descricao	VlMensal	
1	DIAS TRABALHADOS	22.019,64		528	INSS	2.237,13	
6	HORAS EXTRAS 50%	943,62		311	IRRF	3.338,63	
24	HORAS EXTRAS 100%	240,00					
94	AUXILIO ALIMENTO	1.733,60					
155	PLANTAO EXTRA	3.519,00					
208	DIFERENCA DE HORA EXTR	277,50					
PROVENTOS:	28.733,36	VANTAGENS:	0,00	DESCONTOS:	5.575,76	LIQUIDO:	23.157,60



26.999,76.

Lotacao: 062-COVID-19

Total 062-COVID-19  
 Total Geral ..... (8 funcionarios)

Cod.	R	Descricao	VlMensal	DESC	Cod.	R	Descricao	VlMensal
PROV	1	DIAS TRABALHADOS	22.019,64		528		INSS	2.237,13
	6	HORAS EXTRAS 50%	943,62		531		IRRF	3.338,63
	24	HORAS EXTRAS 100%	240,00					
	94	AUXILIO ALIMENTO	1.733,60					
	155	PLANTAO EXTRA	3.519,00					
	208	DIFERENCA DE HORA EXTR	277,50					
PROVENTOS:		28.733,36						
		VANTAGENS:	0,00					
		DESCONTOS:					5.575,76	
		LIQUIDO:						23.157,60



2473/2020  
06

RESUMO DA FOLHA DE PESSOAL

COVID-19

40.415-2

Conta COVID -19 Bradesco

set/20

TOTAL

Centros de Custo

62/

ALIANCA - SINDICATO		X
PREV IPAMC		
ITAÚ		X
UNASP		X
C.E.F		
BANCO DO BRASIL		X
BRADESCO		X
upp		
SAF-PREFEITURA		X
DENTAL PLAN		
SINDICATO		X
MACAEPREV		
PENSAO		X
INSS		X 2.237,13
IRRF		X 3.338,63
PREV ALTO		X
LIQUIDO		23.157,60
<b>BRUTO (-FALTAS E DESCON)</b>		<b>28.733,36</b>
SALARIO FAMILIA		
AUX. ALIMENTAÇÃO		1.733,60

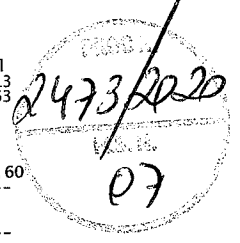
- 1.733,60 = 21.424,00

- 1.733,60 = 26.990,76

*Covid*

Total Geral ..... (8 funcionarios)

Cod. R	Descricao	V Mensal	DESC	Cod. R	Descricao	V Mensal	
PROV 1	DIAS TRABALHADOS	22.019,64		528	INSS	2.237,13	
6	HORAS EXTRAS 50%	943,62		531	IRRF	3.338,63	
24	HORAS EXTRAS 100%	240,00					
94	AUXILIO ALIMENTO	1.733,60					
155	PLANTAO EXTRA	3.519,00					
208	DIFERENCA DE HORA EXTR	277,50					
PROVENTOS:	28.733,36	VANTAGENS:	0,00	DESCONTOS:	5.575,76	LIQUIDO:	23.157,60





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



**AUTORIZAÇÃO DE EMPENHO**

Autorizo o Empenho da importância de R\$26.999,76  
( VINTE E SEIS MIL NOVECENTOS E NOVENTA E NOVE REAIS E SETENTA E SEIS CENTAV) a favor de  
SERVIDORES FUNDO MUNIC. DE SAÚDE. pelo fornecimento ou serviço abaixo discriminado :  
PAG. DE PESSOAL REF. 09/2020 - COVID - 19

S. S. do Alto - RJ, 01 de outubro de 2020.

  
\_\_\_\_\_  
Carlos Otávio da Silva Rodrigues  
Prefeito Municipal



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  
000382/2020 Ordinário Extraordinário

2473/2020  
09

Orgao: 01 Fundo Municipal de Saúde Unid: 01 Fundo Municipal de Saúde  
Dotacao: 103050012 1.043 3190.04.01.05 Contratação por prazo Conta: 675

Credor: 3426 SERVIDORES DO FMS

C.G.C. 11.174.211/0001-67

Endereco:

Fone:

Não se Aplica 2473 Emissao: 01/10/2020  
---Valor orcado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---  
300.000,00 234.609,53 26.999,76 207.609,77

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1		1UN	PAG. PESSOAL REF. SETEMBRO/2020 -COVID FMS	26.999,7600	26.999,76

Total Geral  
26.999,76

Geani Giovani Oliveira Barro  
Agente Administrativo  
Mat. 87/0147-08

RESPONSAVEL P/ EMISSAO

Italo ...  
Contador  
Matricula: 18/1203 23

CONTADOR

Claudiane dos S. Pietsch Rodrigues  
Secretaria Municipal de Saúde e Higiene  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE E HIGIENE

DA DESPESA

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:000382/2020



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

Nº Liquidação: 000638

-----Detalhamento das Retenções-----

I.N.S.S.	2.237,13
I.R.R.F. - FUNDOS	3.338,63

Data: 01.10.

Valor: 26.999,76

Declaro que o Material/Prestação de Serviços  
foi entregue em 01 / 10 / 2020.

-----  
Responsável pela Liquidação

Paulo Henrique B. Gonçalves  
Cargo: Técnico Análise e  
Processos

*MMR 99/82108*

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

10300121.043000.3194.00.00.00 CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO

2473/2020  
19

Credor ...: 3426 SERVIDORES DO FMS

Emissao ...: 01.10.

Empenho ..: 000382/2020

Ordinário

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

Empenhado ..: 26.999,76  
Anulado ...: 0,00  
Pago .....: 5.575,76  
Ordem Pagto: 21.424,00  
A Pagar ....: 21.424,00

Autorizo ao Sr. Tesoureiro a efetuar pagamento da importancia de R\$ 21.424,00 vinte e um mil quatrocentos e vinte e quatro \*\* reais\*\*\*\*\*

Data...: 01.10.2020

Referente despesa mencionada

PROCESSO: 2473

Claudiane dos S. Petram Rodrigues  
Secretaria Municipal de Saude e Higiene  
Ordem de Pagamento

Recibo de Pagamento : Recebi(emos) da Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto a importancia supra de R\$ 21.424,00 vinte e um mil quatrocentos e vinte e quatro \*\*reais\*\*\*\*\* Referente esta Ordem de Pagamento a qual dou(amos) plena e geral quitacao.

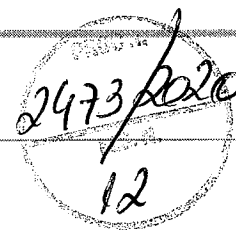
Tesouraria Codigo Banco : Nro Banco:  
Nro do Cheque: Agencia .:  
Nro C/C .:  
Cidade ...:

SERVIDORES DO FMS

C.P.F./ C.I.

**DOC ou TED Eletrônico****Debitado**

Agência 107-4  
Conta corrente 283142-2 PREF SAO SEBASTIAO DO ALT

**Creditado**

Banco 341 ITAU UNIBANCO S.A.  
Agência (sem DV) 6073 SAO SEBASTIAO DO ALTO  
Conta corrente (com DV) 8721  
CNPJ 28.645.786/0001-13  
Nome favorecido MUNICIPIO DE SAO SEBASTIAO DO ALTO  
Finalidade CREDITO EM CONTA  
Número documento 100.110  
Valor 21.424,00  
Data transferência 01/10/2020  
"C" - CNPJ diferente  
Autenticação SISBB BB1F50B24775CC28

Assinada por JC421988 ALEXANDRE BARROS LATINI  
JC421991 CARLOS OTAVIO DA SILVA RODRIGUES

01/10/2020 10:58:10  
01/10/2020 11:02:07

Transação efetuada com sucesso.

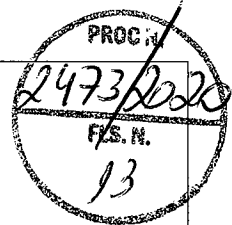
Transação efetuada com sucesso por: JC421991 CARLOS OTAVIO DA SILVA RODRIGUES.

**Comprovante de Transação Bancária**

Transferências Para Contas de Outros Bancos (TED)

Data da operação: 19/10/2020 - 14h28

Nº de controle: 132458769938243288 | Documento: 4327804

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 -ICMS DESONERA O**CNPJ: **28.645.786/0001-13**Conta de crédito: **Banco: 1 - BANCO DO BRASIL S.A. | Agência: 107 | Conta: 2831422**Tipo de conta: **CONTA-CORRENTE INDIVIDUAL**Finalidade: **10 - CREDITO EM CONTA**Valor **R\$ 21.424,00**Tarifa: **R\$ 11,05**Valor total: **R\$ 21.435,05**Tipo de transferência: **TED - Titularidade Diferente**  
**Crédito disponível no mesmo dia da data de débito**Data de débito: **19/10/2020**

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**

tRB@y#rX ooM6M@eJ apYZKPO9 TbJnBzu4 oYbEDtd9 asRuaqSQ QE5?@MZw c#CNqYWR  
eJmjtSnu uF2GXtUO rrb9GIgM 6clruJKE #D5W5F7K j6U3nLLy av8qHWvk AhwjtxBF  
kYCYxvYV SArH77ZQ @ppU1Nwx GS@tIDVp DIM81V8w u5cN2fxN 43278041 9/10/202

**SAC - Serviço de Apoio ao Cliente**Alô 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

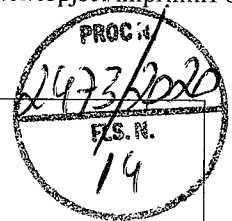
Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.

**Comprovante de Transação Bancária**

Transferências Para Contas de Outros Bancos (TED)

Data da operação: 19/10/2020 - 14h28

Nº de controle: 132458769938243288 | Documento: 4327806

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 -ICMS DESONERA O**CNPJ: **28.645.786/0001-13**Conta de crédito: **Banco: 1 - BANCO DO BRASIL S.A. | Agência: 107 | Conta: 2831422**Tipo de conta: **CONTA-CORRENTE INDIVIDUAL**Finalidade: **10 - CREDITO EM CONTA**Valor **R\$ 3.338,63**Tarifa: **R\$ 11,05**Valor total: **R\$ 3.349,68**Tipo de transferência: **TED - Titularidade Diferente**  
**Crédito disponível no mesmo dia da data de débito**Data de débito: **19/10/2020**

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**

bj a7HEUE stSsmG3r Ol7Xpcxk Kjsyx10A Ez41OZRX g5r7s#ai ?ITd09BE 4AYQn8Y2  
 AZZRJ8Zp M7wwf6pe uVefeMx5 9hUBp6qB WTnWMjNN p5GMpsS7 m3CPFeh4 pqo25\*3g  
 RiyY7S\*\* kAwvRHym f9dbqAwC kCFsz4Bt lh9ZeX6E cRAN6QCx 43278061 9/10/202

**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 Para Contas de Outros Bancos (TED)

Data da operação: 19/10/2020 - 14h28

Nº de controle: 132458769938243288 | Documento: 4327851

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 -ICMS DESONERA O**CNPJ: **28.645.786/0001-13**Conta de crédito: **Banco: 1 - BANCO DO BRASIL S.A. | Agência: 107 | Conta: 2831422**Tipo de conta: **CONTA-CORRENTE INDIVIDUAL**Finalidade: **10 - CREDITO EM CONTA**Valor **R\$ 2.237,13**Tarifa: **R\$ 11,05**Valor total: **R\$ 2.248,18**Tipo de transferência: **TED - Titularidade Diferente**  
**Crédito disponível no mesmo dia da data de débito**Data de débito: **19/10/2020**

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**

UiZl5R5p CeCe4gJJ Pq8TEf\*A j4NlUXdD FSjATaST dq1plzVk DC\*ybNE# mQcDtk7  
gCCsCwDm 6SX@ubGK 6KJIqWkp 3fgfx7D@ ?s5k5xJO VpwOkyMa x#CBX#rx c\*8u7xBq  
d\*yyW#Tp qLI3zWA9 CbQuXJAL O98gihcM g5e47HTz g#gN3@zF 43278511 9/10/202

**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.