



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 n° 2748/2020

Data: 03.11.2020

Protocolista

EXERCÍCIO DE 2020

FMS

Referência: _____

REFERENCIA- SERVIDORES FUNDO MUNIC.
SAUDE - COVID-19
ASSUNTO -PAG. DE PESSOAL REF. 10/2020
DATA: 03 /11 /2020
PROCESSO:2748/2020

Assunto: _____

Início em ____ / ____ / ____



03.11.2020

Processo N° _____

Ordem de Pagamento N° 749

Empenho N° 424

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 FOB
 [| |]

PROC. 2748/2020
 F.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 PESSOAL REF. 10/2020 - COVID-19

ITEM	DESCRIÇÃO:	UN	QUANT.	VR. UNIT.	VALOR TOTAL
1	PAG. DE PESSOAL		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 :

Claudiane dos S. Petram Rodrigues
 Secretária Mún. de Saúde e Higiene
 Nº 004/15

28185 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 dos servidores COVID-19, referente ao mês de outubro/2020, como segue abaixo:

- Bruto R\$ 28.733,36
- Desconto R\$ 4.592,79
- Líquido R\$ 24.140,57

Sem mais,

Atenciosamente,

São Sebastião do Alto, 03 de novembro de 2020.

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

Lotacao: 062-COVID-19

Total 062-COVID-19

Total Geral (8 funcionarios)

Cod. R	Descricao	VMensal	DESC	Cod. R	Descricao	VMensal
PROV 1	DIAS TRABALHADOS	22.019,64		528	INSS	2.166,63
6	HORAS EXTRAS 50%	448,62		531	IRRF	2.426,16
94	AUXILIO ALIMENTO	1.733,60				
155	PLANTAO EXTRA	3.519,00				
208	DIFERENCA DE HORA EXTR	1.012,50				
PROVENTOS:	28.733,36			DESCONTOS:	4.592,79	
		VANTAGENS:	0,00		LIQUIDO:	24.140,57

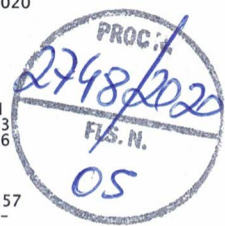


26.999,76

Lotacao: 062-COVID-19

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

Cod. R	Descricao	VlMensal	Cod. R	Descricao	VlMensal
PROV 1	DIAS TRABALHADOS	22.019,64	525	INSS	2.166,63
6	HORAS EXTRAS 50%	448,62	531	IRRF	2.426,16
94	AUXILIO ALIMENTO	1.733,60			
155	PLANTAO EXTRA	3.519,00			
208	DIFERENCA DE HORA EXTR	1.012,58			
PROVENTOS:	28.733,36		DESCONTOS:	4.592,79	
		VANTAGENS:	0,00		
				LIQUIDO:	24.140,57





RESUMO DA FOLHA DE PESSOAL
COVID-19

Conta COVID -19 Bradesco

40.415-3

out/20

TOTAL

Centros de Custo

62/

ALIANCA - SINDICATO		
PREV IPAMC		
ITAÚ	X X	
UNASP	X	
C.E.F		
BANCO DO BRASIL		
BRADESCO	X X	
upp		
SAF-PREFEITURA	X	
DENTAL PLAN		
SINDICATO	X X	
MACAEPREV		
PENSAO	X	
INSS	X X	2.166,63
IRRF	X X	2.426,16
PREV ALTO	X X	
LIQUIDO		24.140,57
BRUTO (-FALTAS E DESCON)		28.733,36
SALARIO FAMILIA		
AUX. ALIMENTAÇÃO		1.733,60

*

-1.733,60 = 22.406,97 *

-1.733,60 = 26.539,76

Total Geral (8 funcionarios)

Cod. R	Descricao	VlMensal	DESC	Cod. R	Descricao	VlMensal	
PROV 1	DIAS TRABALHADOS	22.019,64		528	INSS	2.166,63	
6	HORAS EXTRAS 50%	448,62		531	IRRF	2.426,16	
94	AUXILIO ALIMENTO	1.733,60					
155	PLANTAO EXTRA	3.519,00					
208	DIFERENCA DE HORA EXTR	1.012,50					
PROVENTOS:	28.733,36	VANTAGENS:	0,00	DESCONTOS:	4.592,79	LIQUIDO:	24.140,57





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. 10/2020 - COVID-19

S. S. do Alto - RJ, 03 de Novembro de 2020.



Carlos Otávio da Silva Rodrigues
Prefeito Municipal

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

NOTA DE EMPENHO

PROC. 2748/2020
FMS
09

Fonte de Rec: COVID 19 - ESTADO
000424/2020 Ordinário Extraordinário

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

Unid: 01 Fundo Municipal de Saúde

Credor: 3426 SERVIDORES DO FMS

C.G.C. 11.174.211/0001-67

Endereco:

Fone:

Não se Aplica


2748

Emissao: 03/11/2020

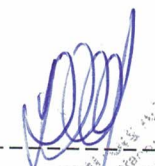
---Valor Orcado---	---Saldo Anterior---	-Valor do Empenho-	---Saldo Atual---
200.000,00	107.609,77	26.999,76	80.610,01

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1		1UN	PAG. PESSOAL REF. 10/2020 - COVID	26.999,7600	26.999,76


Total Geral
26.999,76


Renan Giovanni Oliveira Barr
Administrador
Mat. 17/10447-13

RESPONSÁVEL P/EMISSÃO


Mateus
Administrador
Mat. 17/11222-93

CONTADOR


ORDENADOR DE DESPESAS
Claudemir Rodrigues
Secretaria Municipal de Saúde e Higiene
Mat. 17/114105


Rafael Riquelme
Controlador Geral
Mat. 17/0010-05
CRC-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:000424/2020



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: 000753

-----Detalhamento das Retenções-----

I.N.S.S.	2.166,63
I.R.R.F. - FUNDOS	2.426,16

Data: 03.11.

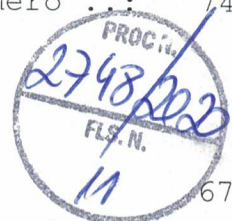
Valor: 26.999,76

Declaro que o Material/Prestação de Serviços
foi entregue em 03 / 11 / 2020.

Responsável pela Liquidação

Paula Henrique S. Conceição
Chefe de Unidade
Processo

mm-99/003108



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

10300121.043000.3194.00.00.00 CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO

Credor . . . : 3426 SERVIDORES DO FMS

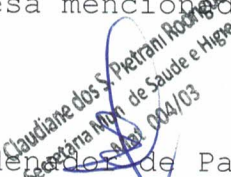
Emissao . . : 03.11. Empenho . . : 000424/2020 Ordinário

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

Empenhado . . :	26.999,76	Autorizo ao Sr. Tesoureiro a efetuar pagamento
Anulado . . . :	0,00	da importancia de R\$ 22.406,97
Pago :	4.592,79	vinte e dois mil quatrocentos e seis reais e **
Ordem Pagto: :	22.406,97	noventa e **sete centavos*****
A Pagar . . . :	22.406,97	*****

Data . . . : 03.11.2020 Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 2748


 Claudiane dos S. Pietrami Romão
 Secretária Municipal de Saúde e Higiene
 004/03
 Ordem de Pagamento

Recibo de Pagamento : Recebi(emos) da Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto a importancia supra de R\$ 22.406,97 vinte e dois mil quatrocentos e seis reais e **noventa e **sete centavos*****

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

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

SERVIDORES DO FMS

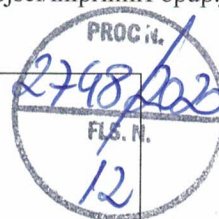
C.P.F./ C.I. _____

**Comprovante de Transação Bancária**

Transferências Para Contas de Outros Bancos (TED)

Data da operação: 03/11/2020 - 11h11

Nº de controle: 252571078083204528 | Documento: 3284612

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\$ 22.406,97**Tarifa: **R\$ 11,05**Valor total: **R\$ 22.418,02**Tipo de transferência: **TED - Titularidade Diferente**
Crédito disponível no mesmo dia da data de débitoData de débito: **03/11/2020**

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

pSDwkuNV ?HgLS4q* s6QTq#oK UmDAw24e b9gsqfk7 2XThsRax V*g5ktxi pwhNfadb
zNxGe2@2 H4BKj@q8 XJfdcGUp YO@sQnWe e21jaBD@ @5FP*Rke g9HqYc40 ?NOoU5np
hGeKJ6Xp tQM*QXDN oWMZmZ8x w3kwi#@u *ovBS@zk 5ZQN*QCR 32846120 3/11/202

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.