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 - RJ
PROTOCOLO GERAL

Processo nº 2980/2020

Data: 01.12.2020

Protocolista

EXERCÍCIO DE 2020

FMS

Referência:

REFERENCIA:SERVIDORES FUNDO MUNIC. DE SAUDE – COVID – 19
ASSUNTO: PAG. DE PESSOAL REF. 11/2020
DATA: 01/12 /2020

PROCESSO Nº 2980/2020

Assunto:

Início em____/____/____

PREFEITURA MUNICIPAL
PAGO
__/__/__
SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

01.12.2020

Processo Nº

Ordem de Pagamento Nº 820

Empenho Nº

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

Divisão

Folha 1 de 1

2980/2020

02

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

Cod. Orc. :

Prazo Entrega

CIF | | FOB | |

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. 11/2020 - COVID - 19

ITEM	DESCRIÇÃO:	UN	QUANT.	VR. UNIT.	VALOR TOTAL
1	PAG. DE PESSOAL REF. 11/2020		1	R$27.482,67	R$27.482,67

TOTAL GERAL R$27.482,67

Total p/Extenso : VINTE E SETE MIL QUATROCENTOS E OITENTA E DOIS REAIS E SESSENTA E SETE CENTAVOS

DATA EMISSÃO :

DATA DA ENTREGA :

ACEITE FIRMA :

ACEITE PREFEITURA :

Claudiane dos S. Pietropo Rodrigues
Secretária Mun de Saúde e Higiene
Mat 004/03

28238 2020

2980/2020
03

REQUERIMENTO

Ao Exmo. Senhor Prefeito.

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

- Bruto R$ 29.432,97
- Desconto R$ 4.711,69
- Líquido R$ 24.721,28

Sem mais,

Atenciosamente,

São Sebastião do Alto,02 de dezembro de 2020.

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

Lotacao: 062-COVID-19

Total 062-COVID-19
Total Geral ..... (9 funcionarios)

	Cod.	R	Descricao	VlMensal		Cod.	R	Descricao	VlMensal
PROV	1		DIAS TRABALHADOS	23.515,05	DESC	526		INSS	2.285,53
	6		HORAS EXTRAS 50%	448,62		531		IRRF	2.426,16
	94		AUXILIO ALIMENTO	1.950,30					
	155		PLANTAO EXTRA	3.519,00					

PROVENTOS: 29.432,97 VANTAGENS: 0,00 DESCONTOS: 4.711,69 LIQUIDO: 24.721,28

PROC. Nº 2980/2020
FLS. Nº 04

Lotacao: 062-COVID-19

Total 062-COVID-19
Total Geral ..... (9 funcionarios)

	Cod.	R	Descricao	VlMensal		Cod.	R	Descricao	VlMensal
PROV	1		DIAS TRABALHADOS	23.515,05	DESC	528		INSS	2.285,53
	6		HORAS EXTRAS 50%	448,62		531		IRRF	2.426,16
	94		AUXILIO ALIMENTO	1.950,30					
	155		PLANTAO EXTRA	3.519,00					

PROVENTOS: 29.432,97 VANTAGENS: 0,00 DESCONTOS: 4.711,69 LIQUIDO: 24.721,28

PROC. 2980/2020 FL. N. 05

2980/2020
06

FMS 40415-2

RESUMO DA FOLHA DE PESSOAL

COVID-19

Conta COVID -19 Bradesco

	nov/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	2.285,53
IRRF	40 016 6 2.426,16
PREV ALTO	
LIQUIDO	24.721,28
BRUTO (-FALTAS E DESCON)	**29.432,97**
SALARIO FAMILIA	
AUX. ALIMENTAÇÃO	1.950,30

*

- 1.950,30 = 22.770,98 +
- 1.950,30 = 27.482,67

Prefeitura Municipal de Sao Sebastiao do Alto
Demonstrativo da Folha Resumo da Folha (Sintetico) Tipo de Calculo = 9-Folha Mensal Seq.=1 Data Ref. 11/2020

Total Geral ..... (9 funcionarios) Conal

	Cod.	R Descricao	VlMensal		Cod.	R Descricao	VlMensal
PROV	1	DIAS TRABALHADOS	23.515,05	DESC	528	INSS	2.285,53
	6	HORAS EXTRAS 50%	448,62		531	IRRF	2.426,16
	94	AUXILIO ALIMENTO	1.950,30				
	155	PLANTAO EXTRA	3.519,00				

PROVENTOS: 29.432,97 VANTAGENS: 0,00 DESCONTOS: 4.711,69 LIQUIDO: 24.721,28

PROC N. 2980/2020 F.S.N. 07

PROC. 2980/2020
F. N. 08

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

AUTORIZAÇÃO DE EMPENHO

Autorizo o Empenho da importancia de R$27.482,67
(VINTE E SETE MIL QUATROCENTOS E OITENTA E DOIS REAIS E SESSENTA E SETE CEN) a favor de
SERVIDORES FUNDO MUNIC. DE SAÚDE. pelo fornecimento ou serviço abaixo discriminado :
PAG. DE PESSOAL REF. 11/2020 - COVID - 19

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

Carlos Otávio da Silva Rodrigues
Prefeito Municipal

NOTA DE EMPENHO

2980/2020
09

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
000469/2020 Ordinário Extraordinári

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

Credor: 3426 SERVIDORES DO FMS
C.G.C. 11.174.211/0001-6

Endereco:
Fone:

Não se Aplica
2980 Emissao: 01/12/2020

---Valor orcado---	---Saldo Anterior--	-Valor do Empenho-	---Saldo Atual----
148.000,00	28.610,01	27.482,67	1.127,34

Item	Qtd Uni----------Especificacao----------	Valor Unitario	Valor Total
1	1UN PAGAMENTO REFERENTE A PESSOAL 11/2020 - COVID 19.	27.482,6700	27.482,67

Total Geral
27.482,67

Genari Giovani Oliveira Barr
Agente Administrativo
Mat. 97/0147-08

RESPONSAVEL P/EMISSAO

Claudia Maria Gomes da Silva
Contador
CRC RJ 081558/O2
Mat. 99/0867-05

CONTADOR

Claudiane dos S. Pietrani Rodrigues
Secretária Mun. de Saúde e Higiene
Mat. 004/03

ORDENADOR DA DESPES

Rafaela Bento Garcez
Contador Geral
CRC-RJ 109128/O-9

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

2980/2020
10

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:000469/2020

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: 000830

----------Detalhamento das Retenções----------

I.N.S.S.	2.285,53
I.R.R.F. - FUNDOS	2.426,16

Data: 01.12.

Valor: 27.482,67

Declaro que o Material/Prestação de Serviços
foi entregue em 01 / 12 / 2020.

Responsável pela Liquidação

Paulo Henrique B. Conceição
Chefe Seção Análise e Processos

MAT 99/83203

Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto Ordem de Pagamento Numero ..: 820
Estado do Rio de Janeiro

2980/2020
11

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 ..: 01.12. Empenho .: 000469/2020 Ordinário

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

Empenhado .: 27.482,67
Anulado ...: 0,00
Pago ......: 4.711,69
Ordem Pagto: 22.770,98
A Pagar ...: 22.770,98

Autorizo ao Sr. Tesoureiro a efetuar pagamento
da importancia de R$ 22.770,98
vinte e dois mil setecentos e setenta reais e n
oventa e oito centavos**********
****
****

Data..: 01.12.2020

Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 2980

Ordenador de Pagamento

Claudiane dos S. Pereira Rodrigues
Secretária Mun. de Saúde e Higiene
Mat. 004/03

Recibo de Pagamento : Recebi(emos) da Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto
a importancia supra de R$ 22.770,98
vinte e dois mil setecentos e setenta reais e noventa e o
ito centavos**********
****
Referente esta Ordem de Pagamento a qual dou(amos) plena
e geral quitacao.

Tesouraria

Codigo Banco :
Nro do Cheque:

Nro Banco:
Agencia .:
Nro C/C .:
Cidade ..:

SERVIDORES DO FMS _____

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

2980/2020
12

bradesco
net empresa

Comprovante de Transação Bancária

Transferências Para Contas de Outros Bancos (TED)
Data da operação: 01/12/2020 - 14h16
N° de controle: 790022976118956049 | Documento: 9538127

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$ 22.770,98**

Tarifa: **R$ 11,05**

Valor total: **R$ 22.782,03**

Tipo de transferência: **TED - Titularidade Diferente**
Crédito disponível no mesmo dia da data de débito

Data de débito: **01/12/2020**

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

KFKYA?gP qjUe5GJf ybJAnMU? 2BhrPfQJ HXRG?PfE N3hdWC3# jFrj*Xsm daFbgd5V
d5R74pTc 2Egv8dTp joei5s3D HjNPqDvk hjv83BKq gnvD4JqM Dc3AYRyG iM7lq@OY
F@dKGMak J4gIZ8SA 5naNopx@ 4q#62czl IRH#Rt3s PNYOBQCN 95381270 1/12/202

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.