

40415-2



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO
Sec. Municipal de Saúde e Higiene

EXERCÍCIO DE 20²⁰

FMS

Referência: _____

REFERENCIA: SERGIO LUIZ CORREA
ASSUNTO: PAG. PARCELA REF. ALUGUEL
DATA: 08/12 /2020

PROCESSO Nº 1040/2020EMP-139-FR-SUS

Assunto: _____

Início em ____ / ____ / ____



15. 12. 2020

Processo Nº _____

Ordem de Pagamento Nº 904

Empenho Nº 20. EXTRA. 163.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

PROC. N.º
1040/2020
02



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

Divisão

Folha 1 de F.S.N.

Cod. Orc. :

Prazo Entrega

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.: NOVEMBRO2020		1	RS10.000,00	RS10.000,00

TOTAL GERAL RS10.000,00

Total p/Extenso : DEZ MIL REAIS

DATA EMISSÃO :

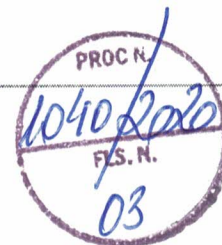
DATA DA ENTREGA :

ACEITE FIRMA :

ACEITE PREFEITURA :

Claudiane dos S. Dietrich Rodrigues
Secretária Mun. de Saúde e Higiene
Mar/2020

22645 / 2020



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)

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

Previdência Privada, Funpresp, FAPI e Parcela isenta de aposentadoria, reserva remunerada, reforma e pensão para declarante com 65 anos ou mais, caso não tenha sido deduzida dos rendimentos tributáveis. Carne-Leão: Livro Caixa.

2.5 Total de Deduções

* Para mais informações sobre deduções verificar IN RFB nº 1500, de 2014.

8.119,36
0,00

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%

1040/2020
FIS. N.
04

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

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

Credor: 3929 SERGIO LUIZ CORREA C.G.C. 676.380.317-68

Endereco: RUA JULIO VIEITAS 124 FUNDOS Fone: SAO SEBASTIAO DO ALTO

Dispensa por Jus 1040 Emissao: 06/04/2020
---Valor orcado--- ---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
1		9UN	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
76.835,52

Genari Giovanil Oliveira Barros
Agente Administrativo
N.º 87/012/03

RESPONSÁVEL P/ EMISSÃO

Claudia Maria Gomes da Silva
Contador
CRC RJ 081358/02
Mat. 99/0857-05

CONTADOR

ORDENADOR DA DESPESA

Claudiana dos Santos Pietsch Rodrigues
Secretaria Mun. de Saúde
e Higiene
Matricula: 004/03

Rafael Henrique Garcez
Controlador Geral
Mat. 17/0016-85
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: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: 000925

-----Detalhamento das Retenções-----


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

Data: 15.12.

Valor: 10.000,00

Declaro que o Material/Prestação de Serviços
foi entregue em 15 / 12 / 2020.

Responsável pela Liquidação


MTR 99/0831/20

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



000163/20 Extraorçamentário

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

Conta: 6170

Redor: 572 I.R.R.F

CGC:

Banco: 000 Ag: C/C:

Endereço:

Fone:

Valor se Aplica 1040 Emissao: 15.12.20 Vencimento: 15.12.20
 --Valor Orcado--- ---Saldo Anterior-- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---
 1.880,64

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

Local de Entrega

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

RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO

CONTADOR

Total Geral: 1.880,64
 Claudiane dos S. Pretrani Rodrigues
 Secretária de Saúde e Higiene
 Mat. 104/03

Declaro que o Material foi Fornecido
 Serviço Prestado

-----Liquidacao-----

Data: / / .

RESPONSÁVEL

-----Pagamento-----

Descontos: A- INSS- R\$ -
 Demonst.: B- IRRF- R\$ -

Cred-
 Debi-

Total Descontado
 R\$ -

----- Ordem de Pagamento -----

----- Recibo -----

Em / / .

Em / / .

Pague-se a importancia
 Acima Processada

Recebi a importancia
 Acima Processada
 ASSINATURA CREDOR

SECRET. FINANÇAS

Cheque

Certifico Haver Pago
 a Importancia Acima
 Mencionada

Banco

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 ...: 15.12. 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: 71.880,64 oito mil cento e dezenove reais e trinta e ****
Ordem Pagto: 8.119,36 seis centavos*****
A Pagar: 8.119,36 *****
Data...: 15.12.2020 Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 1040

Claudiane dos S. Petram Rodrigues
Secretaria Mun. de Saúde e Higiene
Munic. de Sao Sebastiao do Alto
Ordem de Pagamento

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 ...: 15.12.

Empenho ..: 000163/2020 Extra

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

Empenhado ..: 1.880,64
Anulado: 0,00
Pago: 0,00
Ordem Pagto: 1.880,64
A Pagar: 1.880,64

Autorizo ao Sr. Tesoureiro a efetuar pagamento da importancia de R\$ 1.880,64 um mil oitocentos e oitenta reais e sessenta e quatro ***centavos*****

Data...: 15.12.2020

Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 1040

Claudiane das S. Pietrani Rodrigues
Secretaria Municipal de Saude e Higiene
Maf 004783
Ordenado de Pagamento

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

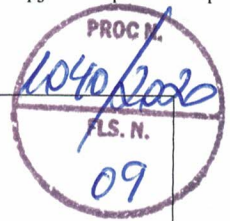
C.P.F./ C.I. _____

**Comprovante de Transação Bancária**

Transferências Para Contas de Outros Bancos (TED)

Data da operação: 15/12/2020 - 13h41

Nº de controle: 976249796497535359 | Documento: 3389292

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\$ 11,05**Valor total: **R\$ 8.130,41**Tipo de transferência: **TED - Titularidade Diferente**
Crédito disponível no mesmo dia da data de débitoData de débito: **15/12/2020**

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

Azdd*XcK #MSccH9F 8vpeY58m u52#dhf@ AaTmYx4@ @qopYf9E mO7MV1*e r#9y#QMK
 P4gNdiKu 4td54Y2Q *veT7yAw fha7PdU5 CjvJGmpQ 7YgV8e5r DPqb8DBc jXgQTJrm
 HE51Y1Jo Nvhb@K2R #*#yp11t AuN9Mh?p *YETz*q2 Gz?ODwVH 33892921 5/12/202

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.

**Comprovante de Transação Bancária**

Transferências entre Contas Bradesco

Data da operação: 15/12/2020 - 13h45

Nº de controle: 866613446817537369 | Documento: 1888002

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: **15/12/2020**

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

Autenticação

sIrmeY8S j*tLDVU3 te*4Z6?C jMRuBV#H JsikAfmJ XyfiHgqY HlG#JUq6 CS?@CdWn
chdFMlFr P9WPs66i 2njqqLYS 9UtAGxGN GdY7gPDn qYTbn2CI HJ3d251v tXVxsMgv
GLWu#F*D Oqnih3b2 2hFeXsZ9 t99fOQEy dzVBijO4 hcEcMv3f 01888000 00000404

**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.