



ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

Sec. Municipal de Saúde e Higiene

PROTÓCOLO GERAL

Processo n°

652/2021

Data:

04.02.2021

EXERCÍCIO DE 2021

FMS

Referência: SERVÍD RES FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - COVID - 19

Assunto: PAG DE PESSOAL RES. 01/2021

Início em 04 / 02 / 2021



05.02.2021

Processo N° 652/2021

Ordem de Pagamento N°

72

Empenho N°

67

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. N.º
 652/2021
 FLS. N.º
 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. 01/2021 - COVID-19

ITEM	DESCRIÇÃO:	UN	QUANT.	VR. UNIT.	VALOR TOTAL
1	PAG. DE PESSOAL REF. 01/2021		1	RS4.557,00	RS4.557,00
TOTAL GERAL					RS4.557,00

Total p/Extensão : QUATRO MIL QUINHENTOS E CINQUENTA E SETE REAIS

DATA EMISSÃO :

DATA DA ENTREGA :

ACEITE FIRMA :

ACEITE PREFEITURA :

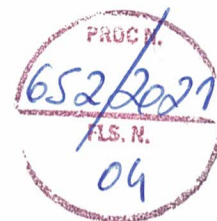
Claudiane dos S. Azeiteiro Rodrigues
 Secretária Mun de Saúde e Higiene
 Mat. 004/03

28416 2021

RESUMO DA FOLHA DE PESSOAL	
COVID-19-Diferença	
Conta COVID -19 Bradesco	
jan/21	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	60,70
IRRF	1.236,48
PREV ALTO	
LIQUIDO	3.259,82
BRUTO (-FALTAS E DESCON)	4.557,00
SALARIO FAMILIA	
AUX. ALIMENTAÇÃO	



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



AUTORIZAÇÃO DE EMPENHO

Autorizo o Empenho da importância de R\$4.557,00
(QUATRO MIL QUINHENTOS E CINQUENTA E SETE REAIS) a favor de
SERVIDORES FUNDO MUNIC. DE SAÚDE. pelo fornecimento ou serviço abaixo discriminado :
PAG. DE PESSOAL REF. 01/2021 - COVID-19

S. S. do Alto - RJ, 04 de FEVEREIRO de 2021.



ALIF RODRIGUES DA SILVA
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
000067/2021 Ordinário Orçamentário
Unid: 01 Fundo Municipal de Saúde

Orgao: 01 Fundo Municipal de Saúde
Dotacao: 103050012 1.043 3190.04.01.05 Contratação por praz Conta: 1574

C.G.C. 11.174.211/0001-6

Credor: 3426 SERVIDORES DO FMS

Endereco:

Fone:

Não se Aplica
---Valor orçado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---
30.000,00 7.241,00 4.557,00 2.684,00

652 Emissao: 04/02/2021

Item	Qtd	Uni	Especificacao	Valor Unitario	Valor Total
1	1	UN	PAG. PESSOAL REF. 01/2021 - PESSOAL COVID-19.	4.557,0000	4.557,00

Total Geral
4.557,00

Genari Giovanni Oliveira Braga
Agente Administrativo
Mat. 07.412.0-08

RESPONSAVEL P/EMISSAO

Stania Maria Gomes de Silva
Contador
CRC RJ 081358/01
Mat. 00/0867-05

CONTADOR

ORDENADOR
Secretaria Municipal de Saúde e Higiene
Mat. 004/03

Rafael Ribeiro Garcia
Contador
Mat. 11/0011
Cf. N. 106120/0-8

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:000067/2021



Orgão: 01 Fundo Municipal de Saúde Unid: Fundo Municipal de Saúde
Dotação: 103050012 1.043 3190.04.01.05 Contratação por prazo Conta: 1574

Nº Liquidação: 000127

-----Detalhamento das Retenções-----

I.N.S.S.	60,70
I.R.R.F. - FUNDOS	1.236,48

Data: 04.02.

Valor: 4.557,00

Declaro que o Material/Prestação de Serviços
foi entregue em 04 / 02 / 2021.

Responsável pela Liquidação

MMF 99/083208

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



10300121.043000.3194.00.00.00 CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO 1574

Credor ...: 3426 SERVIDORES DO FMS

Emissao ...: 05.02. Empenho ..: 000067/2021 Ordinário

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

Empenhado ..:	4.557,00	Autorizo ao Sr. Tesoureiro a efetuar pagamento
Anulado ...:	0,00	da importancia de R\$ 3.259,82
Pago	1.297,18	três mil duzentos e cinquenta e nove reais e **
Ordem Pagto:	3.259,82	oitenta e **dois centavos*****
A Pagar ...:	3.259,82	*****

Data...:	05.02.2021	Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 652

Claudia dos S. Pietrani Rodrigues
 Ordenação de Pagamento
 Secretária Mun. de Saude e Higiene
 Mat. 004/05

Recibo de Pagamento : Recebi(emos) da Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto a importancia supra de R\$ 3.259,82 três mil duzentos e cinquenta e nove reais e **oitenta **dois centavos*****

Referente esta Ordem de Pagamento a qual dou(amos) ple 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: 05/02/2021 - 10h52

Nº de controle: 246146492619371270 | Documento: 2488654

4903

652/2021

PROG. N.

LS. N.

08

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\$ 3.259,82**Tarifa: **R\$ 11,05**Valor total: **R\$ 3.270,87**Tipo de transferência: **TED - Titularidade Diferente**
Crédito disponível no mesmo dia da data de débitoData de débito: **05/02/2021**

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

DsLY2no9 p@FadP33 9LQ?uIm# rqJn@x86 vn9XIFfD cfDTQ@tq DQeYHzL7 cGSdiy5T
 @?nthoqN swv?uFv5 F?YtRtNd kRt6Uth9 QS3r9#Ei uKmXUE4? dtXhovk9 ps*IThC*
 X@KLO8Nh 9p??KFBQ k3YEvtlT tKUsOg4z ?Ygg@yeA mqMOAf9X 24886540 5/02/202

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.