



ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

Sec. Municipal de Saúde e Higiene

PREFEITURA MUNICIPAL DE S.S. DO

PROTOCOLO GERAL

Processo n° 4119/2021

Data: 20.12.2021

Protecionista

EXERCÍCIO DE 2021

FMS

Referência: _____

Assunto: _____

REFERENCIA- SERVIDORES FUNDO MUNIC. DE SAUDE - COVID-19
ASSUNTO - PAG. DE PESSOAL REF. 11/2021
DATA: 02/11 /2021
PROCESSO:4119/2021

Início em ____ / ____ / ____



02.12.2021

Processo N° _____

Ordem de Pagamento N° 1039

Empenho N° 539-540

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. Nº
 4119/2021
 FLS. Nº
 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. 11/2021 - COVID-19

ITEM	DESCRIÇÃO:	UN	QUANT.	VR. UNIT.	VALOR TOTAL
1	PAG. DE PESSOAL		1	R\$9.868,65	R\$9.868,65

TOTAL GERAL R\$9.868,65

Total p/Extenso : NOVE MIL OITOCENTOS E SESENTA E OITO REAIS E SESENTA E CINCO CENTAVOS

DATA EMISSÃO :

DATA DA ENTREGA :

ACEITE FIRMA :

ACEITE PREFEITURA :

CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES

Secretária Mun. de Saúde e Hig. 071 2021
 Mat. 214923-42



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 , referente ao mês de 11/2021, como segue abaixo:

- Bruto R\$ 10.724,68
- Desconto R\$ 1.293,47
- Líquido R\$ 9.441,98

Sem mais,

Atenciosamente,

São Sebastião do Alto, 01 de dezembro de 2021

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

Lotacao: 062-COVID-19

Total 062-COVID-19
 Total Geral (5 funcionarios)

PROV	Cod. R	Descricao	VMensal	DESC	Cod. R	Descricao	VMensal
	1	DIAS TRABALHADOS	6.418,12		198	BRADESCO	281,72
	6	HORAS EXTRAS 50%	1.305,54		528	INSS	315,98
	10	TRINIO	401,24		531	IRRF	141,91
	12	Insal. 169/92-Art.74(I	220,00		554	PREV-ALTO (Folha)	553,86
	13	Insal. 169/92-Art.74(I	880,00				
	24	HORAS EXTRAS 100%	632,98				
	94	AUXILIO ALIMENTO	866,80				
VANT	500	ABONO FAMILIA	10,77				
PROVENTOS:		10.724,68		VANTAGENS:		10,77	
				DESCONTOS:		1.293,47	
				LIQUIDO:			9.441,98



9.857,86

AX: 37.639,20

Lótacao: 062-COVID-19

Total 062-COVID-19
 Total Geral (2 funcionarios)

Cod. R	Descricao	VMensal	DESC	Cod. R	Descricao	VMensal	
PROV 1	DIAS TRABALHADOS	2.675,00		198	BRADESCO	281,72	
6	HORAS EXTRAS 50%	1.305,54		531	IRRF	100,74	
10	TRINIO	401,24		554	PREV-ALTO (Folha)	553,86	
13	Insal. 169/92-Art.74(I)	880,00					
24	HORAS EXTRAS 100%	632,98					
94	AUXILIO ALIMENTO	433,40					
VANT 500	ABONO FAMILIA	10,77					
PROVENTOS:	6.328,16	VANTAGENS:	10,77	DESCONTOS:	936,32	LIQUIDO:	5.402,61



Lotacao: 062-COVID-19

Total 062-COVID-19
Total Geral (3 funcionarios)

Cod. R	Descricao	VlMensal	DESC	Cod. R	Descricao	VlMensal	
PROV 1	DIAS TRABALHADOS	3.743,12		528	INSS	315,98	
12	Insal. 169/92-Art.74(I)	220,00		531	IRRF	41,17	
94	AUXILIO ALIMENTO	433,40					
PROVENTOS:	4.396,52	VANTAGENS:	0,00	DESCONTOS:	357,15	LIQUIDO:	4.039,37





**RESUMO DA FOLHA DE PESSOAL
COVID-19**

Conta COVID -19 Bradesco
nov/21

conta 40415
TOTAL

Centros de Custo

62/

ALIANCA - SINDICATO	✗	
PREV IPAMC		
ITAÚ	✗	
UNASP		
C.E.F	✗	
BANCO DO BRASIL	✗	
BRADESCO	✗	281,72
upp	✗	
SAF-PREFEITURA	✗	
DENTAL PLAN		
SINDICATO	✗	
Desc valor Pago Indev		
PENSAO	✗	
INSS	✗	315,98
IRRF	✗	141,91
PREV ALTO	✗	553,86
MACAEPREV		
PREV SÃO FIDÉLIS		
LIQUIDO		9.441,98
BRUTO (-FALTAS E DESCON)		10.735,45
SALARIO FAMILIA		10,77
AUX. ALIMENTAÇÃO		866,80

*

→ OK

→ OK

→ OK

→ OK

- 866,80 = 8.575,18 → 0

- 866,80 = 9.868,65

Total Geral

(5 funcionarios)

Corrid

Cod.	R	Descricao	vMensal	DESC	Cod.	R	Descricao	vMensal
PROV	1	DIAS TRABALHADOS	6.418,12		198		BRADESCO	281,72
	6	HORAS EXTRAS 50%	1.305,54		528		INSS	315,98
	10	TRINIO	401,24		531		IRRF	141,91
	12	Insal. 169/92-Art.74(I)	220,00		554		PREV-ALTO (Folha)	553,86
	13	Insal. 169/92-Art.74(I)	880,00					
	24	HORAS EXTRAS 100%	632,98					
	94	AUXILIO ALIMENTO	866,80					
VANT	500	ABONO FAMILIA	10,77					
PROVENTOS:		10.724,68						
		VANTAGENS:	10,77					
		DESCONTOS:					1.293,47	
							LIQUIDO:	9.441,98





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



AUTORIZAÇÃO DE EMPENHO

Autorizo o Empenho da importância de R\$9.868,65
(NOVE MIL OITOCENTOS E SESENTA E OITO REAIS E SESENTA E CINCO CENTAVOS) a favor de
SERVIDORES FUNDO MUNIC. DE SAÚDE. pelo fornecimento ou serviço abaixo discriminado :
PAG. DE PESSOAL REF. 11/2021 - COVID-19

S. S. do Alto - RJ, 02 de novembro de 2021.


~~ALIF RODRIGUES DA SILVA~~
ALIF RODRIGUES DA SILVA
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. Nº
4119/2021
FLS. Nº
10

Fonte de Rec: COVID 19 - ESTADO
000539/2021 Ordinário Orçamentário
Unid: 01 Fundo Municipal de Saúde
Vencimentos Vant.Fix Conta: 1766

C.G.C. 11.174.211/0001-6

Orgão: 01 Fundo Municipal de Saúde

Dotacao: 103050012 1.043 3190.11.01.00

Credor: 3426 SERVIDORES DO FMS

Endereco:

Fone:

Não se Aplica

---Valor orcado---
74.000,00

---Saldo Anterior---
17.068,56

4119
-Valor do Empenho-
9.857,88

Emissao: 02/12/2021
---Saldo Atual---
7.210,68

Item	Qtd	Uni	Especificacao	Valor Unitario	Valor Total
1		1UN	PAG. PESSOAL REF. 11/2021 - COVID	9.857,8800	9.857,88

Total Geral
9.857,88

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

RESPONSÁVEL P/EMISSÃO

Italo Dubois Martins
Contador
CRC/ru: 079205/10-1
Matrícula: 11/1229-03

CONTADOR

CLAUDINE DOS SANTOS RODRIGUES
Secretaria Geral de Saúde e Migração
Mat. 214033-02

Rafael Riquete Garcez
CONHECEDOR GERAL
MAT. 2118072-05

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 EMPEÑO PROC. Nº



Fonte de Rec: COVID 19 - ESTADO
000540/2021 Ordinário Orçamentário
Unid: 01 Fundo Municipal de Saúde
Salário Família - Pr Conta: 1767

Orgão: 01 Fundo Municipal de Saúde
Dotacao: 103050012 1.043 3190.05.01.00

Credor: 3426 SERVIDORES DO FMS

C.G.C. 11.174.211/0001-6

Endereco:

Fone:

Não se Aplica

---Valor orcado---	---Saldo Anterior---	-Valor do Empenho-	Emissao: 02/12/2021	---Saldo Atual---
1.150,00	1.085,38	10,77		1.074,61

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1			1UN PAG. PESSOAL REF. 11/2021 - FMS COVID	10,7700	10,77

Total Geral
10,77

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

RESPONSÁVEL P/EMISSÃO

Italo Dubois Martins
Contador
CRC/RJ: 075002/0-1
Matrícula: 11/1829-03

CONTADOR

CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
Secretária Exec. de Saúde e Higiene
Ord. 2148050-02

ORDERADOR DA DESPES

RAFAEL ROBERTO GARCEZ
CONTADOR GERAL
MAT. 21/0072-05

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

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
Empenho:000539/2021



Orgão: 01 Fundo Municipal de Saúde Unid: Fundo Municipal de Saúde
Dotação: 103050012 1.043 3190.11.01.00 Vencimentos Vant.Fix Conta: 1766

Nº Liquidação: 001102

-----Detalhamento das Retenções-----

6182-I.N.S.S.	315,98
6189-Bradesco S/A	281,72
6170-I.R.R.F. - FUND	141,91
6178-PREV-ALTO	553,86

Data: 02.12.

Valor: 9.857,88

Declaro que o Material/Prestação de Serviços
foi entregue em 02/12/2021.

Responsável pela Liquidação

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

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
Empenho:000540/2021



Orgão: 01 Fundo Municipal de Saúde Unid: Fundo Municipal de Saúde
Dotação: 103050012 1.043 3190.05.01.00 Salário Família - Pr Conta: 1767

Nº Liquidação: 001103

-----Detalhamento das Retenções-----

Data: 02.12.

Valor: 10,77

Declaro que o Material/Prestação de Serviços
foi entregue em 02 / 12 / 2021.

Responsável pela Liquidação

PROC. Nº
4119/2021
FLS. Nº
15

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

10300121.043000.3195.00.00.00 OUTROS BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS DO SER 1767

Credor: 3426 SERVIDORES DO FMS

Emissao ...: 02.12. Empenho ..: 000540/2021 Ordinário

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

Empenhado ..:	10,77	Autorizo ao Sr. Tesoureiro a efetuar pagamento
Anulado:	0,00	da importancia de R\$ 10,77
Pago	0,00	dez reais e setenta e sete centavos*****
Ordem Pagto:	10,77	*****
A Pagar:	10,77	*****
Data...:	02.12.2021	Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 4119

Ordenador de Pagamento
CLAUDENE DOS SANTOS P. RODRIGUES
Secretaria Mun. de Saúde e Higiene
Mesa Direto-12

Recibo de Pagamento : Recebi(emos) da Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto
a importancia supra de R\$ 10,77
dez reais e setenta e sete 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 ...:

SERVIDORES DO FMS

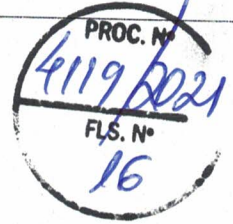
C.P.F./ C.I. _____

**Comprovante de Transação Bancária**

Transferências Para Contas de Outros Bancos (TED)

Data da operação: 02/12/2021 - 09h31

Nº de controle: 481047151190636426 | Documento: 7760196

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\$ 8.575,18**Tarifa: **R\$ 11,05**Valor total: **R\$ 8.586,23**Tipo de transferência: **TED**Data de débito: **02/12/2021**

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

l@KIJo5z aWS@kweY ozaneFdf LQ7CE?S2 dchMx7Bc LR6SsYHx KsSxKvMd Ka9SS594
Vub8c9Uj CbCppsnr H7bc7cmq Jp@Mgs6C Mmxo8Rts KSAvhSUR JhBAoXXb 6szEXiYT
cSMHdHv4 JChhTqSo nvw94S?F MAEaCrQL UHRY6Zf* cpUOEQB* 77601960 2/12/202

**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.