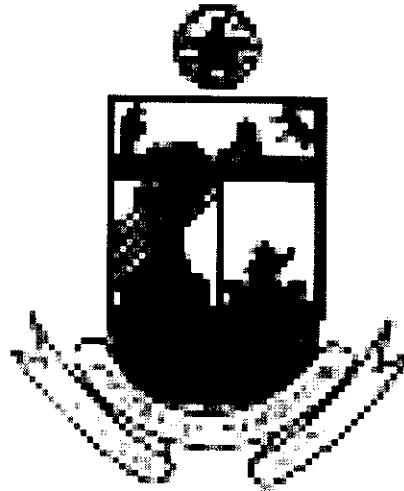


FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOBRADINHO

Estado da Bahia



2020

Processo de Pagamento Nº 7014

Data: 04/12/2020

Empenho Nº: 57 / 19

Credor: 24620 - FOPAG - ASSIST. FARMACEUTICA



Valor Bruto R\$: 2.400,00

Valor Retido R\$: 231,10

Valor Líquido R\$: 2.168,90

Dotação Orçamentária

Reduzido: 2026.04.9214

Unidade: 02.06.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Ação: 2.026 - GESTAO DO PROGRAMA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA

Elemento: 3.1.90.04.00 - Contratacao Por Tempo Determinado

Fonte: 9214 - Transferencias de Recursos do SUS

Nº Conta	Descrição Conta	Nº Agência	Banco	Valor
624026-1	ATENÇÃO BÁSICA - CUSTEIO	3586-1	104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL	2.168,90



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOBRADINHO

AV. JOSE BALBINO DE SOUZA - CENTRO

CNPJ: 11.340.977/0001-74 - CEP: 48.925-000 - SOBRADINHO - BA

ORDEM DE PAGAMENTO

PROCESSO ADM:

EMPENHO: 57 / 2020	Nº SUB-EMPENHO: 19	TIPO DO EMPENHO: Estimativo	
Data Empenho: 02/01/2020	Data Sub-Empenho: 30/11/2020	Data Liquidação: 30/11/2020	Data Pagamento: 04/12/2020

FORNECEDOR			
Nome:	24620 - FOPAG - ASSIST. FARMACEUTICA		Tipo Pessoa: Jurídica
Endereço:	AV. JOSE BALBINO DE SOUZA,		Complemento:
Bairro:		Cidade: SOBRADINHO	Estado: BA
CNPJ:	11.340.977/0001-74	Insc. Estadual:	CPF:
Conta:	Agência:	Banco: -	RG:

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
Reduzido:	2026.04.9214 - ORÇAMENTÁRIO E SUPLEMENTAR
Unidade:	02.06.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Função:	10 - Saúde
Sub-Função:	301 - Atenção Básica
Programa:	065 - SAÚDE DE QUALIDADE PARA GARANTIA DA VIDA E DA LONGEVIDADE
Ação:	2.026 - GESTAO DO PROGRAMA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA
Elemento:	3.1.90.04.00 - Contratacao Por Tempo Determinado
Fonte:	9214 - Transferencias de Recursos do SUS
Sub-Elemento:	3.1.90.04.00 - Contratacao p: Tempo determinado

Modalidade: Não se Aplica	Contrato:	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
Convênio:		15.000,00	10.000,00	5.000,00
Patrimônio: -				

HISTÓRICO PAGAMENTO DE VENCIMENTO DE FOLHA PESSOAL DO PROGRAMA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA .REF NOVEMBRO	Movimentação Empenho		
	Saldo Anterior	Sub-Empenho	Saldo Atual
	2.400,00	2.400,00	0,00

Data do Empenho: 02/01/2020	Data do Liquidação: 30/11/2020	Data do Pagamento: 04/12/2020
-----------------------------	--------------------------------	-------------------------------

## Dois mil e quatrocentos reais ##	Valor Bruto	2.400,00
-------------------------------------	-------------	----------

Paga-se ao favorecido o valor de R\$ 2.400,00 (Dois mil e quatrocentos reais), proveniente desta nota. Em, 04/12/2020	O processo foi pago conforme a autorização. Em, 04/12/2020
 LUIZ VICENTE BERTI TORRES SANJUAN Prefeito Municipal CPF : 005.550.575-93	 MAYSA MARIA TORRES SANJUAN Secretária de Saúde CPF : 267.975.695-91

IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA					
Nº Conta	Descrição Conta	Nº Agência	Banco	Nº Doc.	Valor
624026-1	ATENÇÃO BÁSICA - CUSTEIO	3586-1	104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL	180808	2.168,90

RECIBO
Recebemos da(o) FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOBRADINHO a importância supra de R\$ 2.400,00 (Dois mil e quatrocentos reais), conforme especificação constante nesta ordem de pagamento. pela qual damos total quitação.
Pagamento efetuado através de TED.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOBRADINHO

AV. JOSE BALBINO DE SOUZA - CENTRO

CNPJ: 11.340.977/0001-74 - CEP: 48.925-000 - SOBRADINHO - BA

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

PROCESSO ADM:

EMPENHO: 57 / 2020 Nº SUB-EMPENHO: 19 Data do Sub-Empenho: 30/11/2020 TIPO DO EMPENHO: Estimativo

FORNECEDOR	
Nome: 24620 - FOPAG - ASSIST. FARMACEUTICA	Tipo Pessoa: Jurídica
Endereço: AV. JOSE BALBINO DE SOUZA.	Complemento:
Bairro:	Cidade: SOBRADINHO
CNPJ: 11.340.977/0001-74 Insc. Estadual:	CPF:
Conta:	Agência: Banco: -
	RG: Estado: BA

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	
Reduzido: 2026.04.9214 - ORÇAMENTÁRIO E SUPLEMENTAR	Data do Empenho: 02/01/2020
Unidade: 02.06.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
Função: 10 - Saúde	
Sub-Função: 301 - Atenção Básica	
Programa: 065 - SAÚDE DE QUALIDADE PARA GARANTIA DA VIDA E DA LONGEVIDADE	
Ação: 2.026 - GESTAO DO PROGRAMA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA	
Elemento: 3.1.90.04.00 - Contratacao Por Tempo Determinado	
Fonte: 9214 - Transferencias de Recursos do SUS	
Sub-Elemento: 3.1.90.04.00 - Contratacao p/ Tempo determinado	

Modalidade: Não se Aplica	Contrato:	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
Convênio:		15.000,00	10.000,00	5.000,00
Patrimônio: -				

HISTÓRICO PAGAMENTO DE VENCIMENTO DE FOLHA PESSOAL DO PROGRAMA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA .REF NOVEMBRO	Movimentação Empenho		
	Saldo Anterior	Sub-Empenho	Saldo Atual
	2.400,00	2.400,00	0.00

Data do Empenho: 02/01/2020 Data do Liquidação: 30/11/2020

RETENÇÕES		
Código	Descrição	Valor
2.1.8.8.3.01.02.00.04.01	INSS - FMS	209,62
1.1.1.3.03.1.0.00.02	IRRF - Trabalho - FMS	21,48
## Dois mil e sessenta e oito reais e noventa centavos ##		Valor Retido 231,10
		Valor Líquido 2.168,90

DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

FOLHA	Competência	Valor R\$
	11 / 2020	2.400,00

DESDOBRAMENTOS (PCASP)		
Código	Descrição	Valor R\$
31121040	LIQUIDAÇÃO SALÁRIO CONTRATO TEMPORARIO - LEI 8745/93	2.400,00

Declaro que os materiais foram recebidos e/ou serviços prestados em 30/11/2020.

 MAYSA MARIA TORRES SANJUAN
 Secretária de Saúde
 CPF : 267.975.695-91

Declaro que a despesa relativa a nota de empenho supra está liquidada em 30/11/2020, podendo efetuar o pagamento.

 CARMEN LUCIA DE LIMA TORRES
 Servidora
 CPF : 984.874.344-87

Prefeitura Municipal de Sobradinho



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOBRADINHO

AV. JOSE BALBINO DE SOUZA - CENTRO

CNPJ: 11.340.977/0001-74 - CEP: 48.925-000 - SOBRADINHO - BA

NOTA DE EMPENHO

EMPENHO: 57 / 2020 Data do Empenho: **02/01/2020** TIPO DO EMPENHO: **Estimativo**

FORNECEDOR

Nome: **24620 - FOPAG - ASSIST. FARMACEUTICA** Tipo Pessoa: **Jurídica**

Endereço: **AV. JOSE BALBINO DE SOUZA,** Complemento:

Bairro: Cidade: **SOBRADINHO** Estado: **BA**

CNPJ: **11.340.977/0001-74** Insc. Estadual: CPF: RG:

Conta: Agência: Banco: **-**

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Reduzido: **2026.04.9214 - ORÇAMENTÁRIO E SUPLEMENTAR**

Unidade: **02.06.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

Função: **10 - Saúde**

Sub-Função: **301 - Atenção Básica**

Programa: **065 - SAÚDE DE QUALIDADE PARA GARANTIA DA VIDA E DA LONGEVIDADE**

Ação: **2.026 - GESTAO DO PROGRAMA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA**

Elemento: **3.1.90.04.00 - Contratacao Por Tempo Determinado**

Fonte: **9214 - Transferencias de Recursos do SUS**

Sub-Elemento: **3.1.90.04.00 - Contratacao p/ Tempo determinado**

Modalidade: Não se Aplica	Contrato:	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
Convênio:		15.000,00	10.000,00	5.000,00
Patrimônio: -				

HISTÓRICO

PROVISÃO ORÇAMENTARIA PARA PAGAMENTO DE VENCIMENTO DE FOLHA PESSOAL DO PROGRAMA DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA .

Nº Ordem	Especificação (Item)	Unidade	Quant.	Valor Unitário	Valor Total

Grupppe Coelha Correia
 Controlador Financeiro
 Decreto 1.2013

Dez mil reais ## 10.000,00

Autorizo o empenho da despesa supra mencionada em 02/01/2020.

 MAYSA MARIA TORRES SANJUAN
 Secretária de Saúde
 CPF : 267.975.695-91

Declaro que a importância supra foi deduzida do crédito próprio em 02/01/2020

 JOSE LAECIO RODRIGUES DA SILVA
 Técnico em Contabilidade
 CPF : 289.798.775-87



SOBRADINHO PREFEITURA MUNICIPAL

16.444.804/0001-10

RELAÇÃO BANCÁRIA

A(O)
Banco Bradesco S.A

MÊS/ANO.....: **Novembro / 2020**
GRUPO.....: 1-Normal SEQUÊNCIA: 1
REGIME.....: 5 - Trabalhador Temp., 10 - Efet_ (Cedido)
CENTRO DE CUSTO...: 70-SMS-ASSISTENCIA FARMACEUTICA/APS
(F.14)

SENHOR GERENTE,

SOLICITAMOS QUE SEJAM TRANSFERIDOS DE NOSSA CONTA MOVIMENTO
PARA AS CONTAS MOVIMENTO DOS BENEFICIÁRIOS ABAIXO RELACIONADOS,
OS VALORES A SEGUIR:

AGÊNCIA: 3584-0 C/C: 7159-5

SECRETARIA - 4 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
CENTRO DE CUSTO - 70-SMS-ASSISTENCIA FARMACEUTICA/APS (F.14)

Mat	Funcionário	CPF	Agência	OP.	Conta	Valor
9595	ISRAEL COSTA DA SILVA	916.233.595-20	3584-0		12201-7	2.168,90
<i>Total de Funcionários c/ Créditos: 1</i>			<i>Valor Total</i>			2.168,90



SOBRADINHO PREFEITURA MUNICIPAL

16.444.804/0001-10

FOLHA DE PAGAMENTO

Banco - <Todos>	Regime 5 - Trabalhador Temp., 10 - Efet_ (Cedido)	Mês - Novembro
Grupo - 1 - Normal	Seqüência - 1	Ano - 2020

SECRETARIA - 4 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 CENTRO DE CUSTO - 70 - SMS-ASSISTENCIA FARMACEUTICA/APS (F 14)

9595 - ISRAEL COSTA DA SILVA Cpf - 916.233.595-20 Admissão - 19/01/2018 Regime - Trabalhador Temp.
 Cargo/Função - FARMACEUTICO(A) Banco - Banco Bradesco S.A Ag / Cta - 3584-0 / 12201-7

Proventos	Ref.	Valor	Descontos	Ref.	Valor
001 - Salário Base	30 Dias	2.400,00	397 - INSS	12%	209,62
			399 - IRRF	7.5%	21,48
TOTAL PROVENTOS	>>>>	2.400,00	TOTAL DESCONTOS	>>>>	231,10
			Liquido		2.168,90
Base Inss:	2.400,00	Base FGTS:	0,00	FGTS Mês:	0,00
				Base Irrf:	2.190,38



SOBRADINHO PREFEITURA MUNICIPAL

16.444.804/0001-10

FOLHA DE PAGAMENTO

Banco - <Todos>	Regime 5 - Trabalhador Temp., 10 - Efet_	Mês - Novembro
Grupo - 1 - Normal	(Código) Sequência - 1	Ano - 2020

SECRETARIA - 4 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
CENTRO DE CUSTO - 70 - SMS-ASSISTENCIA FARMACEUTICA/APS (F.14)

TOTAIS DA FOLHA

Remuneração	Ref.	Valor	Descontos	Ref.	Valor
001 - Salário Base	1	2.400,00	397 - INSS	1	209,62
			399 - IRRF	1	21,48
TOTAL PROVENTOS	>>>>>	2.400,00	TOTAL DESCONTOS	>>>>>	231,10
			Líquido		2.168,90

Quantidade de beneficiários : 1

Total de Remuneração - R\$ 2.400,00 - (Dois mil e quatrocentos reais)

ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS (R\$)

BASE DE CÁLCULO PREVIDÊNCIA GERAL	2.400,00		
VALOR CONTRIBUIÇÃO PATRONAL 20% + (1% RAT) * (1% FAP) (INSS)	504,00 (x)		
SALÁRIO MATERNIDADE - PREV. GERAL	0,00 (-)		
SALÁRIO FAMÍLIA - PREV. GERAL	0,00 (-)		
VALOR PATRONAL DEVIDO PELO ENTE (INSS)	504,00 (+)		
VALOR DA CONTRIBUIÇÃO DO SEGURADO (INSS)	209,62 (+)		
TOTAL PATRONAL DO ENTE + SEGURADO (INSS)	713,62 (=)		
BASE DE CÁLCULO PREVIDÊNCIA PRÓPRIA	0,00		
VALOR CONTRIBUIÇÃO PATRONAL 0% (PREV. PRÓPRIA)	0,00 (x)		
VALOR CONTRIBUIÇÃO PATRONAL 0% (PREV. PRÓPRIA SUPLEMENTAR)	0,00 (+)		
SALÁRIO MATERNIDADE - PREV. PRÓPRIA	0,00 (-)		
SALÁRIO FAMÍLIA - PREV. PRÓPRIA	0,00 (-)		
AUXÍLIO DOENÇA - PREV. PRÓPRIA	0,00 (-)		
VALOR PATRONAL DEVIDO PELO ENTE (PREV. PRÓPRIA)	0,00 (+)		
VALOR DA CONTRIBUIÇÃO DO SEGURADO (PREV. PRÓPRIA)	0,00 (+)		
VALOR DA CONTRIBUIÇÃO DO SEGURADO (PREV. PRÓPRIA EXCEDENTE)	0,00 (+)		
TOTAL PATRONAL DO ENTE + SEGURADO (PREV. PRÓPRIA)	0,00 (=)		
BASE DE CÁLCULO DO FGTS >>>	0,00	FGTS A RECOLHER >>>	0,00

FF041212

23700000 21644480400011031889 0358400000000071595 SOBRADINHO PREFEITURA MUNICIPAL ABRADESCO
20412202017101700222308001600PREVIA

23700011C3001040 21644480400011031889 0358400000000071595 SOBRADINHO PREFEITURA MUNICIPAL
AV JOSE BALBINO DE SOUZA SOBRADINHO 48925000BA BD

2370001300001A0000002370358400000000122017 ISRAEL COSTA DA SILVA
00000000000000000004122020BRL0000000000000000000000000216890 000000000000000000000000
OBD

2370001300002B 100091623359520RUA JORGE AMADO 55 MARINGA JUAZEIRO
48902511BA04122020000000002168900

23700015 0000040000000000002168900000000000000000000

23799999 000001000006000000

IMPRIMIR FECHAR

CAIXA

Comprovante de Remessa de TED via GovConta Caixa

Tipo de TED:	Terceiros
Nome:	293077 FMS CT SUSCUSTEIOSU
Conta Origem:	3586/006/00624026-1
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Jurídica
CPF/CNPJ:	11.340.977/0001-74

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A
Conta Destino:	3584/7159-5
Tipo de Conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de Pessoa:	Jurídica
Nome:	PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRADINHO
CPF/CNPJ	16.444.804/0001-10
Valor:	R\$265.927,36
Valor da Tarifa:	R\$0,00
Finalidade	10-Crédito em Conta
Identificação da Operação:	94 CREDITO PAGTO SALARIO

Data de Débito:	04/12/2020
Data da Operação:	04/12/2020
Código da Operação:	00180808
Chave de Segurança:	TR7905U9RUU7WPG4

CPFs Autorizadores:
267.975.695-91
005.550.575-93

Operação realizada com sucesso.

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.



Confirmação de Autorização

FOLHA DE PAGAMENTO 240

Data da operação: 04/12/2020 - 15h49

Empresa: **PREF MUNIC DE SOBRADINHO | CNPJ: 016.444.804/0001-10**

Serviço: **FOLHA DE PAGAMENTO 240**

Arquivo: **FP216890.REM**

Tamanho do arquivo: **1,42 KB**

Quantidade de
operações: **4**

Valor total: **R\$ 2.168,90**

Enviado por: **lulz vicente berti t sanjuan (04/12/2020 - 14h36)**

Arquivo aprovado por: **2 / 2. lulz vicente berti t sanjuan (04/12/2020 - 15h12), mary selma de almeida c rocha (04/12/2020 15h49)**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Net Empresa.

**SAC - Serviço de
Apoio ao Cliente**

Alô Bradesco
0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0033

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.