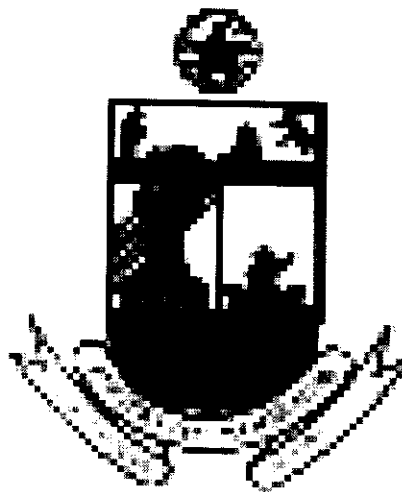


# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOBRADINHO

Estado da Bahia



2020

Processo de Pagamento Extra Nº 7043

Data: 04/12/2020

Despesa Extra Nº: 987

Credor: 25604 - FOPAG - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA



Valor Bruto R\$: 48,62

Valor Retido R\$: 0,00

Valor Líquido R\$: 48,62

Despesa Extra-Orçamentária

Reduzido:

Despesa: 1.1.3.8.1.08.00.00.04.01 - SALÁRIO FAMÍLIA - FMS

Categoria: -

| Nº Conta | Descrição Conta          | Nº Agência | Banco                         | Nº Doc. | Valor |
|----------|--------------------------|------------|-------------------------------|---------|-------|
| 624026-1 | ATENÇÃO BÁSICA - CUSTEIO | 3586-1     | 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL | 180808  | 48,62 |



# 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 EXTRA-ORÇAMENTÁRIO

PROCESSO ADM:

Nº DESPESA EXTRA: 987 / 2020

Data do Pagamento: 04/12/2020

TIPO DESPESA: Extra-Orçamentário

|                              |                                           |
|------------------------------|-------------------------------------------|
| FORNECEDOR                   |                                           |
| Nome:                        | 25604 - FOPAG - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA |
| Tipo Pessoa: Pessoa Jurídica |                                           |
| Endereço:                    | AV. JOSE BALBINO DE SOUZA,                |
| Complemento:                 |                                           |
| Bairro:                      | Cidade: SOBRADINHO                        |
| Estado: BA                   |                                           |
| CNPJ:                        | 11.340.977/0001-74                        |
| Insc. Estadual:              | CPF:                                      |
| RG:                          |                                           |
| Agência:                     | Banco: -                                  |

|                            |                                                  |
|----------------------------|--------------------------------------------------|
| DESPESA EXTRA-ORÇAMENTÁRIA |                                                  |
| Reduzido:                  |                                                  |
| Despesa:                   | 1.1.3.8.1.08.00.00.04.01 - SALÁRIO FAMÍLIA - FMS |
| Categoria Despesa:         | 0 -                                              |

|                                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|
| HISTÓRICO                                                             |  |
| DESPESA COM PAGAMENTO DE SALARIO FAMILIA REFERENTE AO MÊS DE NOVEMBRO |  |

## Quarenta e oito reais e sessenta e dois centavos ##

Valor Pago

48,62

| IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA |                          | PROCESSO DE PAGAMENTO Nº 0 |                               |         |       |
|------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------|---------|-------|
| Nº Conta               | Descrição Conta          | Nº Agência                 | Banco                         | Nº Doc. | Valor |
| 624026-1               | ATENÇÃO BÁSICA - CUSTEIO | 3586-1                     | 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL | 180808  | 48,62 |

Paga-se ao favorecido o valor de R\$ 48,62 (Quarenta e oito reais e sessenta e dois centavos), proveniente desta nota.

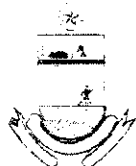
O processo foi pago conforme a autorização

  
LUIZ VICENTE BERTI TORRES SANJUAN  
Prefeito Municipal  
CPF : 005.550.575-93

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

## RECIBO

Recebemos da(o) FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOBRADINHO a importância supra de R\$ 48,62 (Quarenta e oito reais e sessenta e dois centavos), conforme especificação constante nesta ordem de pagamento de nº 0, pela qual damos total quitação.



# SOBRADINHO PREFEITURA MUNICIPAL

16.444.804/DD01-10

## FOLHA DE PAGAMENTO

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

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
55 - VIC. EPIDEMIOLÓGICO / APOIAMENTO/COVID-14

### TOTAIS DA FOLHA

| Remuneração                      | Ref.                        | Valor           | Descontos              | Ref.                        | Valor           |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------|------------------------|-----------------------------|-----------------|
| 001 - Salário Base               | 1                           | 1.045,00        | 397 - INSS             | 1                           | 78,37           |
| 2141 - Diferença Liq. de Salário | 1                           | 30,00           |                        |                             |                 |
| 303 - Salário Família            | 1                           | 48,62           |                        |                             |                 |
| <b>TOTAL PROVENTOS</b>           | <b>&gt;&gt;&gt;&gt;&gt;</b> | <b>1.123,62</b> | <b>TOTAL DESCONTOS</b> | <b>&gt;&gt;&gt;&gt;&gt;</b> | <b>78,37</b>    |
|                                  |                             |                 | <b>Líquido</b>         |                             | <b>1.045,25</b> |

Incorporações : 1

Total de Remuneração - R\$ 1.123,62 - (Um mil e cento e vinte e três reais e sessenta e dois centavos )

### ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS (R\$)

|                                                            |                   |
|------------------------------------------------------------|-------------------|
| BASE DE CÁLCULO PREVIDÊNCIA GERAL                          | 1.045,00          |
| VALOR CONTRIBUIÇÃO PATRONAL 20% + 11% RAT. + 1% FAP (INSS) | 219,45 (x)        |
| VALOR CONTRIBUIÇÃO PATRONAL 0% (PREV. PRÓPRIA)             | 0,00 (-)          |
| VALOR CONTRIBUIÇÃO PATRONAL 0% (PREV. PRÓPRIA SUPLEMENTAR) | 48,62 (-)         |
| VALOR PATRONAL DEVIDO PELO ENTE (INSS)                     | 170,83 (+)        |
| VALOR DA CONTRIBUIÇÃO DO SEGURADO (INSS)                   | 78,37 (+)         |
| <b>TOTAL PATRONAL DO ENTE + SEGURADO (INSS)</b>            | <b>249,20 (=)</b> |

|                                                             |                 |
|-------------------------------------------------------------|-----------------|
| 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 FAMILIA - PREV. PRÓPRIA                             | 0,00 (-)        |
| SALÁRIO 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 (+)        |
| <b>TOTAL PATRONAL DO ENTE + SEGURADO (PREV. PRÓPRIA)</b>    | <b>0,00 (=)</b> |

|                             |      |                     |      |
|-----------------------------|------|---------------------|------|
| BASE DE CÁLCULO DO FGTS >>> | 0,00 | FGTS A RECOLHER >>> | 0,00 |
|-----------------------------|------|---------------------|------|

[illegible]

IMPRIMIR

FECHAR

**CAIXA****Comprovante de Remessa de TED**  
via GovConta Caixa

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

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

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Data de Débito:</b>     | 04/12/2020       |
| <b>Data da Operação:</b>   | 04/12/2020       |
| <b>Código da Operação:</b> | 00180808         |
| <b>Chave de Segurança:</b> | TR7905U9RUU7WPG4 |

|                            |
|----------------------------|
| <b>CPFs Autorizadores:</b> |
| 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 - 15h48

Empresa: **PREF MUNIC DE SOBRADINHO | CNPJ: 016.444.804/0001-10**Serviço: **FOLHA DE PAGAMENTO 240**Arquivo: **FP104625.REM**Tamanho do arquivo: **1.42 KB**Quantidade de  
operações: **4**Valor total: **R\$ 1.045,25**Enviado por: **luiz vicente berti t sanjuan (04/12/2020 - 14h51)**Arquivo aprovado por: **2 / 2. luiz vicente berti t sanjuan (04/12/2020 - 15h04), mary selma de almeida c rocha (04/12/2020 15h48)**

A transação acima foi realizada por meio do Bradesco Net Empresa

**SAC - Serviço de  
Apoio ao Cliente**Atô 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  
Faça Conosco.**Ouvidoria**

0800 727 9833

Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados