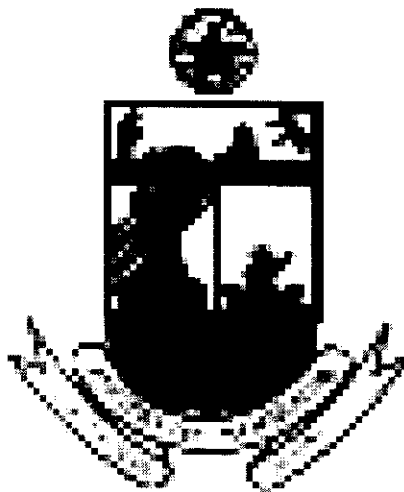


# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOBRADINHO

Estado da Bahia



2020

**Processo de Pagamento Nº 7685**

**Data: 23/12/2020**

**Empenho Nº: 79 / 32**

**Credor: 24626 - FOPAG - MEDIA ALTA COMPLEXIDADE**



**Valor Bruto R\$: 1.045,00**

**Valor Retido R\$: 78,37**

**Valor Líquido R\$: 966,63**

**Dotação Orçamentária**

**Reduzido: 2080.04.9214**

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

**Ação: 2.080 - AÇÕES DE ASSIST. HOSPITALAR E AMBULATORIAL ESPECIALIDADES MAC**

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

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

| Nº Conta | Descrição Conta          | Nº Empenho | Banco                         | Nº Agência | Valor  |
|----------|--------------------------|------------|-------------------------------|------------|--------|
| 624026-1 | ATENÇÃO BÁSICA - CUSTEIO | 3586-1     | 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL | 176702     | 966,63 |



# FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOBRADINHO

AV. JOSE BALBINO DE SOUZA - CENTRO

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

## ORDEN DE PAGAMENTO

PROCESSO ADM:

|                            |                              |                             |
|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| EMPENHO: 79 / 2020         | Nº SUB-EMPENHO: 32           | TIPO DO EMPENHO: Estimativo |
| Data Empenho: 02/01/2020   | Data Sub-Empenho: 23/12/2020 | Data Liquidação: 23/12/2020 |
| Data Pagamento: 23/12/2020 |                              |                             |

|            |                                         |                       |
|------------|-----------------------------------------|-----------------------|
| FORNECEDOR |                                         |                       |
| Nome:      | 24626 - FOPAG - MEDIA ALTA COMPLEXIDADE | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Endereço:  | AV. JOSE BALBINO DE SOUZA,              | Complemento:          |
| Bairro:    |                                         | Cidade: SOBRADINHO    |
| CNPJ:      | 11.340.977/0001-74                      | Insc. Estadual:       |
| Conta:     | Agência:                                | CPF:                  |
|            | Banco: -                                | RG:                   |
|            |                                         | Estado: BA            |

|                      |                                                                       |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA |                                                                       |
| Reduzido:            | 2080.04.9214 - ORÇAMENTÁRIO E SUPLEMENTAR                             |
| Unidade:             | 02.06.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                                  |
| Função:              | 10 - Saúde                                                            |
| Sub-Função:          | 122 - Administração Geral                                             |
| Programa:            | 065 - SAÚDE DE QUALIDADE PARA GARANTIA DA VIDA E DA LONGEVIDADE       |
| Ação:                | 2.080 - AÇÕES DE ASSIST. HOSPITALAR E AMBULATORIAL ESPECIALIDADES MAC |
| Elemento:            | 3.1.90.04.00 - Contratação Por Tempo Determinado                      |
| Fonte:               | 9214 - Transferências de Recursos do SUS                              |
| Sub-Elemento:        | 3.1.90.04.00 - Contratação p/ Tempo determinado                       |

|                           |                |                  |             |
|---------------------------|----------------|------------------|-------------|
| Modalidade: Não se Aplica | Saldo Anterior | Valor do Empenho | Saldo Atual |
| Convênio:                 |                |                  |             |
| Patrimônio: -             | 250.000,00     | 80.000,00        | 170.000,00  |
| Contrato:                 |                |                  |             |

|                                                                                                          |                      |             |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------|-------------|
| HISTÓRICO<br>PAGAMENTO DE VENCIMENTO DE FOLHA PESSOAL DO BLOCO DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE.REF DEZEMBRO | Movimentação Empenho |             |             |
|                                                                                                          | Saldo Anterior       | Sub-Empenho | Saldo Atual |
|                                                                                                          | 13.545,00            | 1.045,00    | 12.500,00   |

|                             |                                |                               |
|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Data do Empenho: 02/01/2020 | Data do Liquidação: 23/12/2020 | Data do Pagamento: 23/12/2020 |
|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|

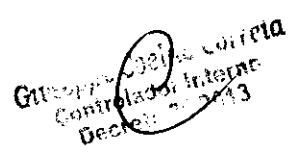
## Um mil e quarenta e cinco reais ##

Valor Bruto

1.045,00

|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Paga-se ao favorecido o valor de R\$ 1.045,00 (Um mil e quarenta e cinco reais )<br>proveniente desta nota. Em, 23/12/2020                                             | O processo foi pago conforme a autorização. Em, 23/12/2020                                                                                                         |
| <br>LUIZ VICENTE BERTI TORRES SANJUAN<br>Prefeito Municipal<br>CPF : 005.550.575-93 | <br>MAYRA MARIA TORRES SANJUAN<br>Secretária de Saúde<br>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 | 176702  | 966.63 |
|  |                          |            |                               |         |        |

### RECIBO

|                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Recebemos da(o) FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOBRADINHO a importância supra de R\$ 1.045,00 (Um mil e quarenta e cinco 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: 79 / 2020 | Nº SUB-EMPENHO: 32 | Data do Sub-Empenho: 23/12/2020 | TIPO DO EMPENHO: Estimativo |
|--------------------|--------------------|---------------------------------|-----------------------------|

|            |                                         |                    |                       |
|------------|-----------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| FORNECEDOR |                                         |                    |                       |
| Nome:      | 24626 - FOPAG - MEDIA ALTA COMPLEXIDADE |                    | Tipo Pessoa: Jurídica |
| Endereço:  | AV. JOSE BALBINO DE SOUZA,              |                    | Complemento:          |
| Bairro:    |                                         | Cidade: SOBRADINHO | Estado: BA            |
| CNPJ:      | 11.340.977/0001-74                      | Insc. Estadual:    | RG:                   |
| Conta:     | Agência:                                | CPF:               | Banco: -              |

|                             |                                                                       |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA        |                                                                       |
| Reduzido:                   | 2080.04.9214 - ORÇAMENTÁRIO E SUPLEMENTAR                             |
| Data do Empenho: 02/01/2020 |                                                                       |
| Unidade:                    | 02.06.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE                                  |
| Função:                     | 10 - Saúde                                                            |
| Sub-Função:                 | 122 - Administração Geral                                             |
| Programa:                   | 065 - SAÚDE DE QUALIDADE PARA GARANTIA DA VIDA E DA LONGEVIDADE       |
| Ação:                       | 2.080 - AÇÕES DE ASSIST. HOSPITALAR E AMBULATORIAL ESPECIALIDADES MAC |
| 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 | Saldo Anterior | Valor do Empenho | Saldo Atual |
| Convênio:                 |                |                  |             |
| Patrimônio: -             | 250.000,00     | 80.000,00        | 170.000,00  |
| Contrato:                 |                |                  |             |

|                                                                                                          |                      |             |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------|-------------|
| HISTÓRICO<br>PAGAMENTO DE VENCIMENTO DE FOLHA PESSOAL DO BLOCO DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE.REF DEZEMBRO | Movimentação Empenho |             |             |
|                                                                                                          | Saldo Anterior       | Sub-Empenho | Saldo Atual |
|                                                                                                          | 13.545,00            | 1.045,00    | 12.500,00   |

|                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Data do Empenho: 02/01/2020 | Data do Liquidação: 23/12/2020 |
|-----------------------------|--------------------------------|

|                          |            |       |
|--------------------------|------------|-------|
| RETENÇÕES                |            |       |
| Código                   | Descrição  | Valor |
| 2.1.8.8.3.01.02.00.04.01 | INSS - FMS | 78,37 |

|                                                                     |               |        |
|---------------------------------------------------------------------|---------------|--------|
| ## Novecentos e sessenta e seis reais e sessenta e três centavos ## | Valor Retido  | 78,37  |
|                                                                     | Valor Líquido | 966,63 |

### DOCUMENTOS COMPROBATORIOS

|       |             |           |
|-------|-------------|-----------|
| FOLHA | Competência | Valor R\$ |
|       | 12 / 2020   | 1.045,00  |

|                        |                                                      |           |
|------------------------|------------------------------------------------------|-----------|
| DESDOBRAMENTOS (PCASP) |                                                      |           |
| Código                 | Descrição                                            | Valor R\$ |
| 31121040               | LIQUIDAÇÃO SALÁRIO CONTRATO TEMPORÁRIO - LEI 8745/93 | 1.045,00  |

|                                                                                 |                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Declaro que os materiais foram recebidos e/ou serviços prestados em 23/12/2020. | Declaro que a despesa relativa a nota de empenho supra está liquidada em 23/12/2020, podendo efetuar o pagamento. |
| <br>MAYSA MARIA TORRES SANJUAN<br>Secretária de Saúde<br>CPF : 267.975.695-91   | <br>CARMEN LUCIA DE LIMA TORRES<br>Servidora<br>CPF : 984.874.344-87                                              |

2062634

Gr: 11.340.977/0001-74  
Controlador Interno  
Decreto: 11.340.977/0001-74





# SOBRADINHO PREFEITURA MUNICIPAL

16.444.804/0001-10

## RELAÇÃO BANCÁRIA

A(O)  
Banco Bradesco S.A

MÊS/ANO.....: **Dezembro / 2020**  
GRUPO.....: 1-Normal SEQUÊNCIA: 1  
REGIME.....: 5 - Trabalhador Temp.  
CENTRO DE CUSTO...: 99-SMS-MAC-AMBULATORIAL/C.SAUDE(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 - 99-SMS-MAC-AMBULATORIAL/C.SAUDE(F.14)**

| Mat                                  | Funcionário                 | CPF            | Agência     | OP. | Conta   | Valor  |
|--------------------------------------|-----------------------------|----------------|-------------|-----|---------|--------|
| 12417                                | FABIANA HOLANDA DA SILVEIRA | 860.720.535-80 | 3584-0      |     | 17945-0 | 966,63 |
| Total de Funcionários c/ Créditos: 1 |                             |                | Valor Total |     |         | 966,63 |



# SOBRADINHO PREFEITURA MUNICIPAL

16.444.804/0001-10

## FOLHA DE PAGAMENTO

|                    |                              |                       |
|--------------------|------------------------------|-----------------------|
| Banco - <Todos>    | Regime 5 - Trabalhador Temp. | Mês - <b>Dezembro</b> |
| Grupo - 1 - Normal | Sequência - 1                | Ano - <b>2020</b>     |

**SECRETARIA - 4 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**  
**CENTRO DE CUSTO - 99 - SMS-MAC-AMBULATORIAL/C.SAUDE(F.14)**

12417 - FABIANA HOLANDA DA SILVEIRA Cpf - 860.720.535-80 Admissão - 20/05/2020 Regime - Trabalhador Temp.  
Cargo/Função - TECNICO EM ENFERMAGEM Banco - Banco Bradesco S.A Ag / Cta - 3584-0 / 17945-0

| Proventos              | Ref.                    | Valor           | Descontos              | Ref.                    | Valor         |
|------------------------|-------------------------|-----------------|------------------------|-------------------------|---------------|
| 001 - Salário Base     | 30 Dias                 | 1.045,00        | 397 - INSS             | 7,5%                    | 78,37         |
| <b>TOTAL PROVENTOS</b> | <b>&gt;&gt;&gt;&gt;</b> | <b>1.045,00</b> | <b>TOTAL DESCONTOS</b> | <b>&gt;&gt;&gt;&gt;</b> | <b>78,37</b>  |
| Ativo                  |                         |                 |                        | <b>Líquido</b>          | <b>966,63</b> |
| Base Inss:             | 1.045,00                | Base FGTS:      | 0,00                   | FGTS Mês:               | 0,00          |
|                        |                         |                 |                        | Base Irrf:              | 966,63        |

**SOBRADINHO PREFEITURA MUNICIPAL**

16.444.804/0001-10

**FOLHA DE PAGAMENTO**

|                    |                              |                       |
|--------------------|------------------------------|-----------------------|
| Banco - <Todos>    | Regime 5 - Trabalhador Temp. | Mês - <b>Dezembro</b> |
| Grupo - 1 - Normal | Sequência - 1                | Ano - <b>2020</b>     |

**SECRETARIA - 4 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**  
**CENTRO DE CUSTO - 99 - SMS-MAC-AMBULATORIAL/C.SAUDE(F.14)**

**TOTAIS DA FOLHA**

| Remuneração            | Ref.                        | Valor           | Descontos              | Ref.                        | Valor                 |
|------------------------|-----------------------------|-----------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 001 - Salário Base     | 1                           | 1.045,00        | 397 - INSS             | 1                           | 78,37                 |
| <b>TOTAL PROVENTOS</b> | <b>&gt;&gt;&gt;&gt;&gt;</b> | <b>1.045,00</b> | <b>TOTAL DESCONTOS</b> | <b>&gt;&gt;&gt;&gt;&gt;</b> | <b>78,37</b>          |
|                        |                             |                 |                        |                             | <b>Líquido 966,63</b> |

Qtde de Funcionários : 1

Total de Remuneração - R\$ 1.045,00 - (Um mil e quarenta e cinco reais)

**ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS (R\$)**

|                                                              |                   |
|--------------------------------------------------------------|-------------------|
| BASE DE CÁLCULO PREVIDÊNCIA GERAL                            | 1.045,00          |
| VALOR CONTRIBUIÇÃO PATRONAL 20% + (1% RAT) * (1% FAP) (INSS) | 219,45 (x)        |
| <b>SALÁRIO MATERNIDADE - PREV. GERAL</b>                     | <b>0,00 (-)</b>   |
| <b>SALÁRIO FAMÍLIA - PREV. GERAL</b>                         | <b>0,00 (-)</b>   |
| VALOR PATRONAL DEVIDO PELO ENTE (INSS)                       | 219,45 (+)        |
| VALOR DA CONTRIBUIÇÃO DO SEGURADO (INSS)                     | 78,37 (+)         |
| <b>TOTAL PATRONAL DO ENTE + SEGURADO (INSS)</b>              | <b>297,82 (=)</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 (+)        |
| <b>SALÁRIO MATERNIDADE - PREV. PRÓPRIA</b>                  | <b>0,00 (-)</b> |
| <b>SALÁRIO FAMÍLIA - PREV. PRÓPRIA</b>                      | <b>0,00 (-)</b> |
| <b>AUXÍLIO DOENÇA - PREV. PRÓPRIA</b>                       | <b>0,00 (-)</b> |
| 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

::Comprovantes

**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\$93.218,65                       |
| <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>     | 23/12/2020       |
| <b>Data da Operação:</b>   | 23/12/2020       |
| <b>Código da Operação:</b> | 00176702         |
| <b>Chave de Segurança:</b> | G19FYJANQH8HFCTM |

|                            |                |
|----------------------------|----------------|
| <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: 23/12/2020 - 17h11

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

Serviço: **FOLHA DE PAGAMENTO 240**

Arquivo: **FP96663.REM**

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

Quantidade de  
operações: **4**

Valor total: **R\$ 966,63**

Enviado por: **luiz vicente berti t sanjuan (23/12/2020 - 15h28)**

Arquivo aprovado por: **2 / 2. Luiz vicente berti t sanjuan (23/12/2020 - 16h08), mary selma de almeida c rocha (23/12/2020 17h11)**

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 727 9933

**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