

NOTA DE EMPENHO.No 002986/2020 (X)-O ( )-G ( )-E COMPLEMENTAR: 000000/0000-0  
PRE-EMPENHO.....No 000000/0000 PROCESSO.....No 000000/0000 DATA: 28/09/2020

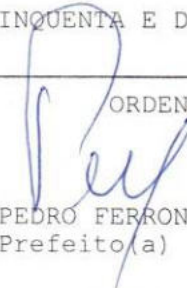
Código Reduzido...: 0399  
Órgão.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Função.....: 10 - SAUDE  
Subfunção.....: 122 - ADMINISTRACAO GERAL  
Programa.....: 0035 - Combate a Pandemia COVID19  
Projeto/Atividade: 2095 - Combate a Pandemia COVID19  
Elemento.....: 3190.11.00.00.00 Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil  
Sub-Elemento.....: 01 - VENCIMENTOS DO PESSOAL FIXO

Endereço...: 1118-FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM Fone: 9  
Endereço: AV. PRINCIPAL N°.: 000000 CNPJ/CPF:  
Bairro...: CENTRO CEP: 78.578.000 Insc.Est:  
Cidade...: IPIRANGA DO NORTE UF.: MT Insc.Mun: 2196  
Banco....: 000 Ag.: Cta.: - N° Licit: /

Tipo de Despesa...: 01001 - Folha Mensal  
Especificação....: VALOR QUE SE EMPENHA REF. FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL,  
COMPETENCIA 09/2020, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.  
DEMONSTRATIVO

Saldo da Dotacao...: 168.673,76  
Valor Empenhado...: 12.552,26  
Valor Atual.....: 156.121,50  
Valor Por Extenso: DOZE MIL, QUINHENTOS E CINQUENTA E DOIS REAIS E VINTE E SEIS CENTAVOS

CONTABILIZACAO DA DESPESA  
A despesa foi empenhada pela importancia  
de R\$ 12.552,26 conforme  
comprovantes.  
IPIRANGA DO NORTE, 28/09/2020

ORDENADOR DA DESPESA  
  
PEDRO FERRONATTO  
Prefeito(a)

MARIZA TEREZINHA KONRATH  
Contador(a)  
CRC - CRC-MT012447/O-4

Fonte: 0.1.26.076000 - Transferencia de recursos do Programa de Enfrentamento ao  
recebi o ( )- MATERIAL ( )- SERVICO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (a) \_\_\_\_\_  
RESPONSAVEL

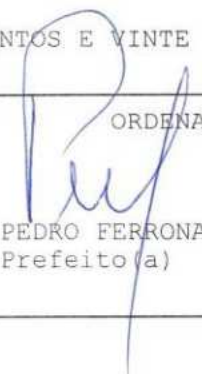
NOTA DE EMPENHO.No 002987/2020 (X)-O ( )-G ( )-E COMPLEMENTAR: 000000/0000-0  
PRE-EMPENHO.....No 000000/0000 PROCESSO.....No 000000/0000 DATA: 28/09/2020

Codigo Reduzido...: 0295  
Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Funcao.....: 10 - SAUDE  
Subfuncao.....: 301 - ATENCAO BASICA  
Programa.....: 0023 - FINANCIAMENTO DOS BLOCOS DO SUS  
Projeto/Atividade: 2067 - Bloco Atencao Basica - Manut. dos PSFs  
Elemento.....: 3190.11.00.00.00 Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civi  
1  
Sub-Elemento.....: 01 - VENCIMENTOS DO PESSOAL FIXO

Credor...: 1118-FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM Fone: 9  
Endereco: AV. PRINCIPAL N°.: 000000 CNPJ/CPF:  
Bairro...: CENTRO CEP: 78.578.000 Insc.Est:  
Cidade...: IPIRANGA DO NORTE UF.: MT Insc.Mun: 2196  
Banco....: 000 Ag.: Cta.: - N° Licit: /

Tipo de Despesa...: 01001 - Folha Mensal  
Especificacao....: VALOR QUE SE EMPENHA REF. FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL,  
COMPETENCIA 09/2020, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.  
DEMONSTRATIVO

Saldo da Dotacao.: 1.054.314,10  
Valor Empenhado...: 29.526,12  
Saldo Atual.....: 1.024.787,98  
Valor Por Extenso: VINTE E NOVE MIL, QUINHENTOS E VINTE E SEIS REAIS E DOZE CEN  
TAVOS

| CONTABILIZACAO DA DESPESA                                                        | ORDENADOR DA DESPESA                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A despesa foi empenhada pela importancia de R\$ 29.526,12 conforme comprovantes. | <br>PEDRO FERRONATTO<br>Prefeito(a) |
| PIRANGA DO NORTE, 28/09/2020                                                     |                                                                                                                       |
| MARIZA TEREZINHA KONRATH<br>Contador(a)<br>CRC - CRC-MT012447/O-4                |                                                                                                                       |

Fonte: 0.1.02.000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Sa.  
Recebi o ( ) - MATERIAL ( ) - SERVICO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (a) \_\_\_\_\_  
RESPONSAVEL

NOTA DE EMPENHO.No 002988/2020 (X)-O ( )-G ( )-E COMPLEMENTAR: 000000/0000-0  
PRE-EMPENHO.....No 000000/0000 PROCESSO.....No 000000/0000 DATA: 28/09/2020

Codigo Reduzido...: 0300  
Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Funcao.....: 10 - SAUDE  
Subfuncao.....: 301 - ATENCAO BASICA  
Programa.....: 0023 - FINANCIAMENTO DOS BLOCOS DO SUS  
Projeto/Atividade: 2067 - Bloco Atencao Basica - Manut. dos PSFs  
Elemento.....: 3390.46.00.00.00 Auxilio Alimentacao  
Sub-Elemento.....: 01 - AUXILIO-ALIMENTACAO DIVERSOS

Credor...: 1118-FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM Fone: 9  
Endereco: AV. PRINCIPAL N°.: 000000 CNPJ/CPF:  
Bairro...: CENTRO CEP: 78.578.000 Insc.Est:  
Cidade...: IPIRANGA DO NORTE UF.: MT Insc.Mun: 2196  
Banco....: 000 Ag.: Cta.: - N° Licit: /

Tipo de Despesa...: 01001 - Folha Mensal  
Especificacao....: VALOR QUE SE EMPENHA REF. AUXILIO ALIMENTACAO, COMPETENCIA  
09/2020, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.

DEMONSTRATIVO

Saldo da Dotacao...: 8.340,00  
Valor Empenhado...: 1.804,00  
Saldo Atual.....: 6.536,00  
Val Por Extenso: HUM MIL, OITOCENTOS E QUATRO REAIS

CONTABILIZACAO DA DESPESA

ORDENADOR DA DESPESA

A despesa foi empenhada pela importancia  
de R\$ 1.804,00 conforme  
comprovantes.

PEDRO FERRONATTO  
Prefeito(a)

IPIRANGA DO NORTE , 28/09/2020

MARIZA TEREZINHA KONRATH  
Contador(a)  
CRC - CRC-MT012447/O-4

Fonte: 0.1.02.000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Sa.  
Recebi o ( )- MATERIAL ( )- SERVICO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (a)\_\_\_\_\_  
RESPONSAVEL

NOTA DE EMPENHO.No 002989/2020 (X)-O ( )-G ( )-E COMPLEMENTAR: 000000/0000-0  
PRE-EMPENHO.....No 000000/0000 PROCESSO.....No 000000/0000 DATA: 28/09/2020

Codigo Reduzido...: 0304  
Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Funcao.....: 10 - SAUDE  
Subfuncao.....: 301 - ATENCAO BASICA  
Programa.....: 0023 - FINANCIAMENTO DOS BLOCOS DO SUS  
Projeto/Atividade: 2068 - Manut. dos Serv.e Urg. e Emergência  
Elemento.....: 3190.11.00.00.00 Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civi  
1  
Sub-Elemento.....: 56 - Auxílio-Doença (ou Licença para Tratamento de Saúde)

Credor...: 1118-FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM Fone: 9  
Endereco: AV. PRINCIPAL N°.: 000000 CNPJ/CPF:  
Bairro...: CENTRO CEP: 78.578.000 Insc.Est:  
Cidade...: IPIRANGA DO NORTE UF.: MT Insc.Mun: 2196  
Banco....: 000 Ag.: Cta.: - N° Licit: /

Tipo de Despesa...: 12001 - Auxilio Saude.  
Especificacao....: VALOR QUE SE EMPENHA REF. CONCESSAO DE BENEFICIO AUXILIO  
SAUDE DE SERVIDOR - POSTO DE SAUDE MUNICIPAL - PSM,  
COMPETENCIA 09/2020.

DEMONSTRATIVO

Saldo da Dotacao.: 277.783,86  
Valor Empenhado...: 1.373,52  
Saldo Atual.....: 276.410,34  
Valor Por Extenso: HUM MIL, TREZENTOS E SETENTA E TRES REAIS E CINQUENTA E DOIS  
CENTAVOS

CONTABILIZACAO DA DESPESA

A despesa foi empenhada pela importancia  
de R\$ 1.373,52 conforme  
comprovantes.

IPIRANGA DO NORTE , 28/09/2020

MARIZA TEREZINHA KONRATH  
Contador(a)  
CRC - CRC-MT012447/O-4

ORDENADOR DA DESPESA

PEDRO FERRONATTO  
Prefeito(a)

Fonte: 0.1.02.000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Sa-  
Recebi o ( )- MATERIAL ( )- SERVICO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (a) \_\_\_\_\_  
RESPONSAVEL

NOTA DE LIQUIDACAO DE EMPENHO N° 4316 Ref.Empenho N°.: 002986/2020  
Ref.Processo N°: 000000/0000  
Data de Emissao: 30/09/2020 Data do Empenho: 28/09/2020

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0399  
Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Funcao.....: 10 - SAUDE  
Subfuncao.....: 122 - ADMINISTRACAO GERAL  
Programa.....: 0035 - Combate a Pandemia COVID19  
Proj./Ativ....: 2095 - Combate a Pandemia COVID19  
Elemento.....: 319011000000 - Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil

Sub-Elemento.....: 01 - VENCIMENTOS DO PESSOAL FIXO  
Fonte de Rec.: 0126076000 - Transferencia de recursos do Programa de Enfrentamen

C R E D O R

Nome...: FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM Cod.....: 00001118  
Ender.: AV. PRINCIPAL N°: 000000 Licit....: /  
Cidade: IPIRANGA DO NORTE UF: MT CNPJ/CPF:  
CEP...: 78.578.000 Insc.Est:  
Banco.: 000 No C/C: 0000000000000- Insc.Mun: 00000002196  
Insc.Com:

DEMONSTRATIVO

Liquida-se a quantia de:

R\$ DOZE MIL, QUINHENTOS E CINQUENTA E DOIS REAIS E VINTE E SEIS CENTAVOS

|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| Valor do Empenho.....R\$       | 12.552,26 |
| Saldo Anterior.....R\$         | 12.552,26 |
| Liquidacao 001 Parcela.....R\$ | 12.552,26 |
| Saldo a Liquidar.....R\$       | 0,00      |

Proveniente de : VALOR QUE SE LIQUIDA REF. FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL,  
COMPETENCIA 09/2020, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.

IPIRANGA DO NORTE, 30/09/2020.

LUCAS APARECIDO ZDEPSHI  
Responsavel pela Liquidacao

NOTA DE LIQUIDACAO DE EMPENHO N° 4317 Ref.Empenho N°.: 002987/2020  
Ref.Processo N°: 000000/0000  
Data de Emissao: 30/09/2020 Data do Empenho: 28/09/2020

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0295  
Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Funcao.....: 10 - SAUDE  
Subfuncao.....: 301 - ATENCAO BASICA  
Programa.....: 0023 - FINANCIAMENTO DOS BLOCOS DO SUS  
Proj./Ativ....: 2067 - Bloco Atencao Basica - Manut. dos PSFs  
Elemento.....: 319011000000 - Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil  
Sub-Elemento.....: 01 - VENCIMENTOS DO PESSOAL FIXO  
Fonte de Rec.: 0102000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos

C R E D O R

Nome...: FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM Cod.....: 00001118  
Ender.: AV. PRINCIPAL N°: 000000 Licit....: /  
Cidade: IPIRANGA DO NORTE UF: MT CNPJ/CPF:  
CEP...: 78.578.000 Insc.Est:  
Banco.: 000 No C/C: 00000000000000- Insc.Mun: 00000002196  
Insc.Com:

DEMONSTRATIVO

Liquida-se a quantia de:

R\$ VINTE E NOVE MIL, QUINHENTOS E VINTE E SEIS REAIS E DOZE CENTAVOS

|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| Valor do Empenho.....R\$       | 29.526,12 |
| Saldo Anterior.....R\$         | 29.526,12 |
| Liquidacao 001 Parcela.....R\$ | 29.526,12 |
| Saldo a Liquidar.....R\$       | 0,00      |

Proveniente de : VALOR QUE SE LIQUIDA REF. FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL,  
COMPETENCIA 09/2020, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.

IPIRANGA DO NORTE, 30/09/2020.

LUCAS APARECIDO ZDEPSHI  
Responsavel pela Liquidacao

NOTA DE LIQUIDACAO DE EMPENHO N° 4318 Ref.Empenho N°.: 002988/2020  
Data de Emissao: 30/09/2020 Ref.Processo N°: 000000/0000  
Data do Empenho: 28/09/2020

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0300  
Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Funcao.....: 10 - SAUDE  
Subfuncao.....: 301 - ATENCAO BASICA  
Programa.....: 0023 - FINANCIAMENTO DOS BLOCOS DO SUS  
Proj./Ativ....: 2067 - Bloco Atencao Basica - Manut. dos PSFs  
Elemento.....: 339046000000 - Auxilio Alimentacao

Sub-Elemento.....: 01 - AUXILIO-ALIMENTACAO DIVERSOS  
Fonte de Rec.: 0102000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos

C R E D O R

Nome...: FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM Cod.....: 00001118  
Ender.: AV. PRINCIPAL N°: 000000 Licit...: /  
Cidade: IPIRANGA DO NORTE UF: MT CNPJ/CPF:  
CEP...: 78.578.000 Insc.Est:  
Banco.: 000 No C/C: 00000000000000- Insc.Mun: 00000002196  
Insc.Com:

DEMONSTRATIVO

Liquida-se a quantia de:

R\$ HUM MIL, OITOCENTOS E QUATRO REAIS

|                                |          |
|--------------------------------|----------|
| Valor do Empenho.....R\$       | 1.804,00 |
| Saldo Anterior.....R\$         | 1.804,00 |
| Liquidacao 001 Parcela.....R\$ | 1.804,00 |
| Saldo a Liquidar.....R\$       | 0,00     |

Proveniente de : VALOR QUE SE LIQUIDA REF. AUXILIO ALIMENTACAO, COMPETENCIA  
09/2020, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.

IPIRANGA DO NORTE, 30/09/2020.

LUCAS APARECIDO ZDEPSHI  
Responsavel pela Liquidacao



## RESUMO DA FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS 09/2020

Funcionário: 0 / 999999999 Vínculo: 30 / 35 Cargo: 00000. / 99999.ZZZZZZZZ.ZZZZZZZZ  
Proj.Atividade: 0 / 9999 Compl.: 1 / 1 Secr.Dep.Lot.Set: 00 000 0000000 000 / 99 999 9999999 999  
Banco: 0 / 999 Classificação: 0 / 99999 Classificação: Sec/Dpto/Lotação

## \* Somente informativo

ORGÃO ORIGEM 0000000001 - GERAL  
SECRETARIA 08 - SECRETARIA MUN. DE SAUDE  
DEPARTAMENTO 08/003 - SEC. SAUDE PSM  
LOTAÇÃO 08/003/00000001 - POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H

| PROVENTO/DESCONTO/NEUTRO               | COMP. | VALOR BASE | VALOR     | LCT. |
|----------------------------------------|-------|------------|-----------|------|
| 1 SALARIO MENSAL                       | 01    | 30.211,32  | 29.590,05 | 10   |
| 60 PLANTÃO ENFERMEIROS (12 HORAS)      | 01    | 2.548,63   | 2.548,63  | 1    |
| 70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO                 | 01    | 1.804,00   | 1.804,00  | 6    |
| 96 SOBREAVISO MOTORISTA AMBULANCIA     | 01    | 2.561,50   | 2.561,50  | 3    |
| 102 AUXILIO SAUDE PELO ORGAO           | 01    | 1.373,52   | 1.373,52  | 1    |
| 105 PLANTAO MOTORISTA AMBULANCIA (12H) | 01    | 3.278,25   | 3.278,25  | 3    |
| 120 INSALUBRIDADE - 20%                | 01    | 5.703,60   | 1.140,72  | 5    |
| 122 INSALUBRIDADE - 20% VALOR          | 01    | 85,36      | 85,36     | 1    |
| 3003 SALARIO COMISSONADO EM 50%        | 01    | 3.600,00   | 1.800,00  | 1    |
| 4014 ADICIONAL NOTURNO                 | 01    | 16.539,32  | 1.073,87  | 5    |
| 500 CONSIGNACAO CAIXA ECONOMICA        | 01    | 340,31     | 340,31    | 1    |
| 500 CONSIGNACAO CAIXA ECONOMICA        | 01    | 360,72     | 360,72    | 1    |
| 5011 CONSGNACAO CAIXA ECONOMICA        | 01    | 63,52      | 63,52     | 1    |
| 5014 CONSIGNACAO BANCO DO BRASIL       | 01    | 1.219,89   | 1.219,89  | 2    |
| 5018 CONSIGNADO BRADESCO               | 01    | 70,51      | 70,51     | 1    |
| 5022 CONSIGNADOS SICREDI               | 01    | 797,40     | 797,40    | 1    |
| 5025 CONSIGNADO SICREDI                | 01    | 599,76     | 599,76    | 1    |
| 8100 PREVIDENCIA                       | 01    | 30.963,57  | 3.405,96  | 11   |
| 9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE  | 01    | 34.037,59  | 3.561,74  | 7    |

|                              |     |         |      |      |
|------------------------------|-----|---------|------|------|
| INSS - Valor Empresa         | -   | 20,00 % | 0,00 | 0,00 |
| INSS - RAT - 2,00 %          | FAP | 0,5000  | 0,00 | 0,00 |
| FGTS                         | -   | 0,00 %  | 0,00 | 0,00 |
| FGTS Empregador              | -   | 0,00 %  | 0,00 | 0,00 |
| Total Patronal               |     |         |      | 0,00 |
| Salário Família              |     |         |      | 0,00 |
| Salário Maternidade          |     |         |      | 0,00 |
| INSS Patronal                |     |         |      | 0,00 |
| INSS Retido dos Funcionários |     |         |      | 0,00 |
| Exposto Agente Nocivo        |     |         |      | 0,00 |
| Outras Entidades             | -   | 0,00 %  | 0,00 | 0,00 |
| INSS a Recolher              |     |         |      | 0,00 |

|                                     |   |         |           |          |
|-------------------------------------|---|---------|-----------|----------|
| Prev. Municipal - INTEGRAL          |   |         |           |          |
| Valor Empresa                       | - | 13,13 % | 30.963,57 | 4.065,51 |
| Salário Família                     |   |         |           | 0,00     |
| Salário Maternidade                 |   |         |           | 0,00     |
| Licença Saúde                       |   |         |           | 0,00     |
| Previdência Patronal                |   |         |           | 4.065,51 |
| Previdência Retida dos Funcionários |   |         |           | 3.405,96 |
| Previdência a Recolher              |   |         |           | 7.471,47 |

Total Proventos: 45.255,90 36



**RESUMO DA FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS 09/2020**

Funcionário: 0 / 99999999 Vínculo: 30 / 35 Cargo: 00000. / 99999.ZZZZZZZZ.ZZZZZZZZ  
Proj.Atividade: 0 / 9999 Compl.: 1 / 1 Secr.Dep.Lot.Set: 00 000 0000000 000 / 99 999 9999999 999  
Banco: 0 / 999 Classificação: 0 / 99999 Classificação: Sec/Dpto/Lotação

\* Somente informativo

|                        |           |    |
|------------------------|-----------|----|
| Total Descontos:       | 10.419,81 | 26 |
| Total Líquido:         | 34.836,09 |    |
| Total de Funcionários: |           | 11 |



ESTADO DE MATO GROSSO

**PREFEITURA DE IPIRANGA DO NORTE**

CNPJ: 07.209.245/0001.72

Rua dos Girassóis - 0000387 - Centro

Telefone (066)3588-1566

recursoshumano@ipirangadonorte.mt.gov.br

**FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS 09/2020****SECRETARIA**

08 - SECRETARIA MUN. DE SAUDE

**DEPARTAMENTO**

08/003 - SEC. SAUDE PSM

**LOTAÇÃO**

08/003/00000001 - POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H

**Funcionário:** 807 - CRISTIANE HEUKO MARTINS **C.P.F.:** 056.366.199-28 **Data Admissão:** 19/01/2012**Cargo:** 00355/A /01 - SUPERVISOR ADMINISTRATIVO**Tipo Admissão:** Efetivo**Banco/Agência/Conta:** 748 / 0810 / 000000077160-0

126076

**Horas mensais:** 220

| CP | Provento / Desconto / Neutro     | Nº Parc. | Base     | DEP | Referência | Provento | Desconto | Neutro |
|----|----------------------------------|----------|----------|-----|------------|----------|----------|--------|
| 1  | 1 SALARIO MENSAL                 |          | 2.229,92 |     | D 30,00    | 2.229,92 |          |        |
| 1  | 70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO           |          | 176,00   |     | V 8,00     | 176,00   |          |        |
| 1  | 122 INSALUBRIDADE - 20% VALOR    |          | 85,36    |     | V 85,36    | 85,36    |          |        |
| 1  | 3003 SALARIO COMISSIONADO EM 50' |          | 3.600,00 |     | P 50,00    | 1.800,00 |          |        |
| 1  | 4014 ADICIONAL NOTURNO           |          | 2.229,92 |     | H 24,00    | 55,60    |          |        |
| 1  | 5022 CONSIGNADOS SICREDI         | 21/ 48   | 797,40   |     | V 797,40   |          | 797,40   |        |
| 1  | 8100 PREVIDENCIA                 |          | 2.229,92 |     | T 11,00    |          | 245,29   |        |
| 1  | 9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA  |          | 3.925,59 |     | T 22,50    |          | 247,12   |        |

**Sal. Base.:** 2.229,92 **Sal. Bruto.:** 4.346,88 **Total Desc.:** 1.289,81 **Sal. Líquido:** 3.057,07**Funcionário:** 490 - CRISTINA DE SOUZA ARAUJO **C.P.F.:** 104.158.718-08 **Data Admissão:** 09/05/2008**Cargo:** 00282/A /05 - AGENTE DE MANUTENÇÃO**Afastamento:** 83 - AFASTAMENTO REMUNERADO PARA CONCORRER A CARGO ELETIVO**Tipo Admissão:** Efetivo**Banco/Agência/Conta:** 748 / 0810 / 000000093684-1

126076

**Horas mensais:** 220

| CP | Provento / Desconto / Neutro   | Nº Parc. | Base     | DEP | Referência | Provento | Desconto | Neutro |
|----|--------------------------------|----------|----------|-----|------------|----------|----------|--------|
| 1  | 1 SALARIO MENSAL               |          | 1.443,36 |     | D 30,00    | 1.443,36 |          |        |
| 1  | 5008 CONSIGNACAO CAIXA ECONOMI | 1/ 60    | 340,31   |     | V 340,31   |          | 340,31   |        |
| 1  | 5018 CONSIGNADO BRADESCO       | 37/ 72   | 70,51    |     | V 70,51    |          | 70,51    |        |
| 1  | 8100 PREVIDENCIA               |          | 1.443,36 |     | T 11,00    |          | 158,76   |        |

**Sal. Base.:** 1.443,36 **Sal. Bruto.:** 1.443,36 **Total Desc.:** 569,58 **Sal. Líquido:** 873,78**Funcionário:** 898 - EDEMAR JOSE JACOBI **C.P.F.:** 283.136.589-91 **Data Admissão:** 16/01/2013**Cargo:** 00282/A /03 - AGENTE DE MANUTENÇÃO**Tipo Admissão:** Efetivo**Banco/Agência/Conta:** 748 / 0810 / 000000046457-0

126076

**Horas mensais:** 220

| CP | Provento / Desconto / Neutro | Nº Parc. | Base     | DEP | Referência | Provento | Desconto | Neutro |
|----|------------------------------|----------|----------|-----|------------|----------|----------|--------|
| 1  | 1 SALARIO MENSAL             |          | 1.303,68 |     | D 30,00    | 1.303,68 |          |        |
| 1  | 8100 PREVIDENCIA             |          | 1.303,68 |     | T 11,00    |          | 143,40   |        |

**Sal. Base.:** 1.303,68 **Sal. Bruto.:** 1.303,68 **Total Desc.:** 143,40 **Sal. Líquido:** 1.160,28**Funcionário:** 1345 - ELEANDRO DE ANDRADE **C.P.F.:** 060.114.939-47 **Data Admissão:** 01/07/2020**Cargo:** 00318/A /01 - MOTORISTA DE AMBULÂNCIA**Tipo Admissão:** Efetivo**Banco/Agência/Conta:** 001 / 5980-3 / 000000014051-1**Horas mensais:** 220

| CP | Provento / Desconto / Neutro    | Nº Parc. | Base     | DEP | Referência | Provento | Desconto | Neutro |
|----|---------------------------------|----------|----------|-----|------------|----------|----------|--------|
| 1  | 1 SALARIO MENSAL                |          | 2.499,00 |     | D 30,00    | 2.499,00 |          |        |
| 1  | 70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO          |          | 352,00   |     | V 16,00    | 352,00   |          |        |
| 1  | 96 SOBREAVISO MOTORISTA AMBL    |          | 872,00   |     | V 16,00    | 872,00   |          |        |
| 1  | 105 PLANTAO MOTORISTA AMBULAN   |          | 1.013,70 |     | V 6,54     | 1.013,70 |          |        |
| 1  | 120 INSALUBRIDADE - 20%         |          | 1.164,00 |     | P 20,00    | 232,80   |          |        |
| 1  | 4014 ADICIONAL NOTURNO          |          | 2.499,00 |     | H 120,00   | 311,56   |          |        |
| 1  | 8100 PREVIDENCIA                |          | 2.499,00 |     | T 11,00    |          | 274,89   |        |
| 1  | 9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA |          | 4.464,58 | 1   | T 22,50    |          | 368,40   |        |

**Sal. Base.:** 2.499,00 **Sal. Bruto.:** 5.281,06 **Total Desc.:** 643,29 **Sal. Líquido:** 4.637,77



ESTADO DE MATO GROSSO

**PREFEITURA DE IPIRANGA DO NORTE**

CNPJ: 07.209.245/0001.72

Rua dos Girassóis - 0000387 - Centro

Telefone (066)3588-1566

recursoshumano@ipirangadonorte.mt.gov.br

**FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS 09/2020****Funcionário: 248 - FABIANO ARLINDO GONCALVES** **C.P.F.: 956.720.361-04** **Data Admissão: 24/02/2006****Cargo: 00318/B /05 - MOTORISTA DE AMBULÂNCIA****Afastamento: 83 - AFASTAMENTO REMUNERADO PARA CONCORRER A CARGO ELETIVO****Tipo Admissão: Efetivo****Banco/Agência/Conta: 001 / 5980-3 / 000000007215-x****Horas mensais: 220**

| CP | Provento / Desconto / Neutro    | Nº Parc. | Base     | DEP | Referência | Provento | Desconto | Neutro |
|----|---------------------------------|----------|----------|-----|------------|----------|----------|--------|
| 1  | 1 SALARIO MENSAL                |          | 3.408,64 |     | D 30,00    | 3.408,64 |          |        |
| 1  | 5014 CONSIGNAÇÃO BANCO DO BRA   | 16/ 96   | 903,30   |     | V 903,30   |          | 903,30   |        |
| 1  | 8100 PREVIDENCIA                |          | 3.408,64 |     | T 11,00    |          | 374,95   |        |
| 1  | 9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA |          | 2.464,92 | 3   | T 7,50     |          | 42,06    |        |

Sal. Base.: 3.408,64 Sal. Bruto.: 3.408,64 Total Desc: 1.320,31 Sal. Líquido: 2.088,33

**Funcionário: 1346 - JOSE IVANILDO THEODORO DA SILVA** **C.P.F.: 090.960.084-80** **Data Admissão: 20/07/2020****Cargo: 00318/A /01 - MOTORISTA DE AMBULÂNCIA****Tipo Admissão: Efetivo****Banco/Agência/Conta: 001 / 3196-8 / 000000025918-7****Horas mensais: 220**

| CP | Provento / Desconto / Neutro    | Nº Parc. | Base     | DEP | Referência | Provento | Desconto | Neutro |
|----|---------------------------------|----------|----------|-----|------------|----------|----------|--------|
| 1  | 1 SALARIO MENSAL                |          | 2.499,00 |     | D 30,00    | 2.499,00 |          |        |
| 1  | 70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO          |          | 396,00   |     | V 18,00    | 396,00   |          |        |
| 1  | 96 SOBREAVISO MOTORISTA AMBL    |          | 872,00   |     | V 16,00    | 872,00   |          |        |
| 1  | 105 PLANTAO MOTORISTA AMBULAN   |          | 1.165,60 |     | V 7,52     | 1.165,60 |          |        |
| 1  | 120 INSALUBRIDADE - 20%         |          | 1.164,00 |     | P 20,00    | 232,80   |          |        |
| 1  | 4014 ADICIONAL NOTURNO          |          | 2.499,00 |     | H 16,00    | 41,54    |          |        |
| 1  | 8100 PREVIDENCIA                |          | 2.499,00 |     | T 11,00    |          | 274,89   |        |
| 1  | 9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA |          | 4.536,05 |     | T 22,50    |          | 384,48   |        |

Sal. Base.: 2.499,00 Sal. Bruto.: 5.206,94 Total Desc: 659,37 Sal. Líquido: 4.547,57

**Funcionário: 472 - JOSE MARIA DE ABREU JUNIOR** **C.P.F.: 567.857.631-34** **Data Admissão: 02/05/2008****Cargo: 00318/A /05 - MOTORISTA DE AMBULÂNCIA****Tipo Admissão: Efetivo****Banco/Agência/Conta: 748 / 0810 / 000000085696-7****Horas mensais: 220**

| CP | Provento / Desconto / Neutro    | Nº Parc. | Base     | DEP | Referência | Provento | Desconto | Neutro |
|----|---------------------------------|----------|----------|-----|------------|----------|----------|--------|
| 1  | 1 SALARIO MENSAL                |          | 3.098,76 |     | D 30,00    | 3.098,76 |          |        |
| 1  | 70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO          |          | 330,00   |     | V 15,00    | 330,00   |          |        |
| 1  | 96 SOBREAVISO MOTORISTA AMBL    |          | 817,50   |     | V 15,00    | 817,50   |          |        |
| 1  | 105 PLANTAO MOTORISTA AMBULAN   |          | 1.098,95 |     | V 7,09     | 1.098,95 |          |        |
| 1  | 120 INSALUBRIDADE - 20%         | 1/361    | 1.164,00 |     | P 20,00    | 232,80   |          |        |
| 1  | 4014 ADICIONAL NOTURNO          |          | 3.098,76 |     | H 120,00   | 386,33   |          |        |
| 1  | 8100 PREVIDENCIA                |          | 3.098,76 |     | T 11,00    |          | 340,86   |        |
| 1  | 9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA |          | 5.293,48 |     | T 27,50    |          | 586,34   |        |

Sal. Base.: 3.098,76 Sal. Bruto.: 5.964,34 Total Desc: 927,20 Sal. Líquido: 5.037,14

**Funcionário: 900 - JULIANA DE SOUZA ADARI** **C.P.F.: 018.943.471-61** **Data Admissão: 01/02/2013****Cargo: 00325/A /03 - ENFERMEIRO****Afastamento: 01 - FERIAS NORMAIS****Tipo Admissão: Efetivo****Banco/Agência/Conta: 001 / 5980-3 / 000000006365-7****Horas mensais: 220**

| CP | Provento / Desconto / Neutro    | Nº Parc. | Base     | DEP | Referência | Provento | Desconto | Neutro |
|----|---------------------------------|----------|----------|-----|------------|----------|----------|--------|
| 1  | 1 SALARIO MENSAL                |          | 6.212,64 |     | D 27,00    | 5.591,37 |          |        |
| 1  | 60 PLANTÃO ENFERMEIROS (12 HO   |          | 2.548,63 |     | V 7,00     | 2.548,63 |          |        |
| 1  | 70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO          |          | 242,00   |     | V 11,00    | 242,00   |          |        |
| 1  | 120 INSALUBRIDADE - 20%         |          | 1.047,60 |     | P 20,00    | 209,52   |          |        |
| 1  | 4014 ADICIONAL NOTURNO          |          | 6.212,64 |     | H 48,00    | 278,84   |          |        |
| 1  | 5025 CONSIGNADO SICREDI         | 13/ 48   | 599,76   |     | V 599,76   |          | 599,76   |        |
| 1  | 8100 PREVIDENCIA                |          | 5.591,37 |     | T 11,00    |          | 615,05   |        |
| 1  | 9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA |          | 8.013,31 |     | T 27,50    |          | 1.334,30 |        |

Sal. Base.: 6.212,64 Sal. Bruto.: 8.870,36 Total Desc: 2.549,11 Sal. Líquido: 6.321,25



ESTADO DE MATO GROSSO

**PREFEITURA DE IPIRANGA DO NORTE**

CNPJ: 07.209.245/0001.72

Rua dos Girassóis - 0000387 - Centro

Telefone (066)3588-1566

recursoshumano@ipirangadonorte.mt.gov.br

**FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS 09/2020****Funcionário: 678 - JUSSARA GOULART DOS SANTOS C.P.F.: 453.052.501-53 Data Admissão: 03/03/2010**

Cargo :00282/A /04 - AGENTE DE MANUTENÇÃO

Afastamento: 89 - AFASTAMENTO POR MOTIVO DE DOENÇA - ORGAO

Tipo Admissão: Sem classificação

Banco/Agência/Conta: 748 / 0810 / 000000073820-4

Horas mensais: 220

| CP               | Provento / Desconto / Neutro   | Nº Parc. | Base                  | DEP                | Referência | Provento             | Desconto | Neutro |
|------------------|--------------------------------|----------|-----------------------|--------------------|------------|----------------------|----------|--------|
| 1                | 102 AUXILIO SAUDE PELO ORGAO   |          | 1.373,52              |                    | D 30,00    | 1.373,52             |          |        |
| 1                | 5009 CONSIGNAÇÃO CAIXA ECONOMI | 43/55    | 360,72                |                    | V 360,72   |                      | 360,72   |        |
| 1                | 8100 PREVIDENCIA               |          | 1.373,52              |                    | T 11,00    |                      | 151,08   |        |
| Sal. Base.: 0,00 |                                |          | Sal. Bruto.: 1.373,52 | Total Desc: 511,80 |            | Sal. Líquido: 861,72 |          |        |

**Funcionário: 789 - MARLI SILVA DE OLIVEIRA****C.P.F.: 254.748.553-20 Data Admissão: 13/10/2011**

Cargo :00282/A /03 - AGENTE DE MANUTENÇÃO

Tipo Admissão: Efetivo

Banco/Agência/Conta: 001 / 5980-3 / 000000006514-5

Horas mensais: 220

| CP                   | Provento / Desconto / Neutro  | Nº Parc. | Base                  | DEP                | Referência | Provento               | Desconto | Neutro |
|----------------------|-------------------------------|----------|-----------------------|--------------------|------------|------------------------|----------|--------|
| 1                    | 1 SALARIO MENSAL              |          | 1.303,68              |                    | D 30,00    | 1.303,68               |          |        |
| 1                    | 70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO        |          | 308,00                |                    | V 14,00    | 308,00                 |          |        |
| 1                    | 120 INSALUBRIDADE - 20%       | 1/361    | 1.164,00              |                    | P 20,00    | 232,80                 |          |        |
| 1                    | 5011 CONSGNACAO CAIXA ECONOMI | 50/72    | 63,52                 |                    | V 63,52    |                        | 63,52    |        |
| 1                    | 5014 CONSIGNAÇÃO BANCO DO BRA | 10/90    | 316,59                |                    | V 316,59   |                        | 316,59   |        |
| 1                    | 8100 PREVIDENCIA              |          | 1.303,68              |                    | T 11,00    |                        | 143,40   |        |
| Sal. Base.: 1.303,68 |                               |          | Sal. Bruto.: 1.844,48 | Total Desc: 523,51 |            | Sal. Líquido: 1.320,97 |          |        |

**Funcionário: 930 - RITA DE CASSIA SPANHOL****C.P.F.: 015.536.711-04 Data Admissão: 07/03/2013**

Cargo :00325/A /03 - ENFERMEIRO

Tipo Admissão: Efetivo

Banco/Agência/Conta: 001 / 5980-3 / 000000005458-5

Horas mensais: 220

| CP                   | Provento / Desconto / Neutro    | Nº Parc. | Base                  | DEP                  | Referência | Provento               | Desconto | Neutro |
|----------------------|---------------------------------|----------|-----------------------|----------------------|------------|------------------------|----------|--------|
| 1                    | 1 SALARIO MENSAL                |          | 6.212,64              |                      | D 30,00    | 6.212,64               |          |        |
| 1                    | 8100 PREVIDENCIA                |          | 6.212,64              |                      | T 11,00    |                        | 683,39   |        |
| 1                    | 9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA |          | 5.339,66              | 1                    | T 27,50    |                        | 599,04   |        |
| Sal. Base.: 6.212,64 |                                 |          | Sal. Bruto.: 6.212,64 | Total Desc: 1.282,43 |            | Sal. Líquido: 4.930,21 |          |        |

|                             |    |               |           |               |           |
|-----------------------------|----|---------------|-----------|---------------|-----------|
| Total de Funcionários.....: | 11 | Proventos:    | 45.255,90 | Descontos:    | 10419,81  |
|                             |    | Neutros.....: |           | Líquido.....: | 34.836,09 |

Relação de Proventos/Descontos/Neutros Flexíveis em 09/2020

|                                                         |                                                    |                |                                |           |          |                           |      |       |       |      |       |      |       |              |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------|--------------------------------|-----------|----------|---------------------------|------|-------|-------|------|-------|------|-------|--------------|
| Secretaria: 08 - SECRETARIA MUN. DE SAUDE               |                                                    |                |                                |           |          |                           |      |       |       |      |       |      |       |              |
| Departamento: 08/003 - SEC. SAUDE PSM                   |                                                    |                |                                |           |          |                           |      |       |       |      |       |      |       |              |
| Lotação: 08/003/00000001 - POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H |                                                    |                |                                |           |          |                           |      |       |       |      |       |      |       |              |
| Cód:                                                    | Nome / Cargo:                                      | CPF:           | 102 - AUXILIO SAUDE PELO ORGAO |           |          | 103 - SALARIO MATERNIDADE |      |       | Valor | Base | Valor | Base | Valor | Total geral: |
| 678                                                     | JUSSARA GOULART DOS SANTOS<br>AGENTE DE MANUTENÇÃO | 453.052.501.53 | Base                           | Dias      | Valor    | Base                      | Dias | Valor |       |      |       |      |       | 1.373,52     |
|                                                         |                                                    |                | 1.373,52                       | 30        | 1.373,52 |                           |      |       |       |      |       |      |       |              |
| Total de funcionários: 1                                |                                                    |                | 1.373,52                       |           | 1.373,52 |                           |      |       |       |      |       |      |       | 1.373,52     |
| Total geral de funcionários: 10                         |                                                    |                | Valor total geral:             | 39.023,75 |          |                           |      |       |       |      |       |      |       | 39.023,75    |



G336301007519441057  
30/09/2020 10:34:34

### Transferência entre contas diversas

#### Debitado

|                |                          |
|----------------|--------------------------|
| Nome           | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| Agência        | 5980-3                   |
| Conta corrente | 5910-2                   |

#### Creditado

|                |                   |
|----------------|-------------------|
| Nome           | PM IPIRANGA FOPAG |
| Agência        | 5980-3            |
| Conta corrente | 5014-8            |
| Valor          | 72.517,19         |
| Data           | Nesta data        |

|              |                           |                     |
|--------------|---------------------------|---------------------|
| Assinada por | JA776614 ROGERIO NORO     | 30/09/2020 09:48:29 |
|              | J8127507 PEDRO FERRONATTO | 30/09/2020 10:34:34 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8127507 PEDRO FERRONATTO.

## DOC ou TED Eletrônico

### Debitado

Agência 5980-3  
Conta corrente 5910-2 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

### Creditado

Banco 748 BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.  
Agência (sem DV) 810 SICREDI OURO VERDE MT

Conta corrente (com DV) 794686

CNPJ 07.209.245/0001-72

Nome favorecido MUNICIPIO DE IPIRANGA DO NORTE  
Finalidade CREDITO EM CONTA

Número documento 93.001

Valor 24.247,37

Data transferência 30/09/2020

"C" - CNPJ diferente

Autenticação SISBB EEEA2638937E6B70

Assinada por JA776614 ROGERIO NORO  
J8127507 PEDRO FERRONATTO

30/09/2020 09:49:11  
30/09/2020 10:34:34

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8127507 PEDRO FERRONATTO.

DOC ou TED Eletrônico

Debitado

Agência 5980-3  
Conta corrente 8685-1 P MUN IPIRANGA NORTE FPM

Creditado

Banco 748 BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

Agência (sem DV) 810 SICREDI OURO VERDE MT

Conta corrente (com DV) 794686

CNPJ 07.209.245/0001-72

Nome favorecido MUNICIPIO DE IPIRANGA DO NORTE

Finalidade CREDITO EM CONTA

Número documento 93.002

Valor 9.622,27

Data transferência 30/09/2020

"C" - CNPJ diferente

Autenticação SISBB E06B231AF744B863

Assinada por JC883212 CAROLINE LONGHI  
J8127507 PEDRO FERRONATTO

30/09/2020 09:22:45  
30/09/2020 10:13:02

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8127507 PEDRO FERRONATTO.

ORDEN DE PAGAMENTO No 0004228

Ref. Empenho N°.: 002986/2020

Data do Pagamento: 30/09/2020

Ref. Processo N°: 000000/0000

Data do Empenho.: 28/09/2020

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0399

Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao.....: 122 - ADMINISTRACAO GERAL

Programa.....: 0035 - Combate a Pandemia COVID19

Proj./Ativ....: 2095 - Combate a Pandemia COVID19

Elemento.....: 319011000000 - Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil

Fonte: 0.1.26.076000 - Transferencia de recursos do Programa de Enfrentamento ao Coronavirus, i

DEMONSTRATIVO

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| Valor do Empenho.....R\$ | 12.552,26 |
| Saldo Anterior.....R\$   | 12.552,26 |
| O.P. 001 Parcela.....R\$ | 12.552,26 |
| Saldo a Pagar.....R\$    | 0,00      |

CONSIGNACOES:

|                         |                                            |     |          |
|-------------------------|--------------------------------------------|-----|----------|
| 2 07 053                | -CONSIGNADO BRADESCO SAUDE                 | R\$ | 70,51 -  |
| 2 07 014                | -Consignado CEF Servidores da Saude        | R\$ | 340,31 - |
| 2 07 062                | -IRRF- Servidores - Transf. Impostos sa de | R\$ | 833,46 - |
| 2 07 003 004            | -IPIRANGA-PREV - SAUDE                     | R\$ | 888,31 - |
| 2 07 080                | -CONSIGNADO SICREDI                        | R\$ | 797,40 - |
| LIQUIDO A PAGAR.....R\$ |                                            |     | 9.622,27 |

Paga-se ao Sr. FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM

Cod: 00001118

Banco: - Agencia: Conta: -  
a quantia de R\$ NOVE MIL, SEISCENTOS E VINTE E DOIS REAIS E VINTE E SETE CENTAVO

Proveniente de: [VALOR QUE SE PAGA REF. FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL, ]  
[COMPETENCIA 09/2020, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM. ]  
[ ]  
[ ]  
[ ]  
[ ]

IPIRANGA DO NORTE, 30/09/2020.

P A G U E - S E

Com Recursos da(s) Conta(s):

| Banco/Conta | No Conta | Cheque/Doc | Valor    |
|-------------|----------|------------|----------|
| 129-FPM     | 8685-1   | 93.002     | 9.622,27 |
|             |          |            | 9.622,27 |

PEDRO FERRONATTO  
feito(a)

CAROLINE LONCHI VIEIRA  
Tesoureiro(a)

Recebi(emos) a importancia acima mencionada constante da ordem supra, da qual  
passo(amos) a presente quitacao.

CREDOR - RG/DOC: \_\_\_\_\_

ORDEN DE PAGAMENTO No 0004229

Ref. Empenho N°.: 002988/2020

Ref. Processo N°: 000000/0000

Data do Pagamento: 30/09/2020

Data do Empenho.: 28/09/2020

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0300

Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Funcao.....: 10 - SAUDE

Subfuncao.....: 301 - ATENCAO BASICA

Programa.....: 0023 - FINANCIAMENTO DOS BLOCOS DO SUS

Proj./Ativ....: 2067 - Bloco Atencao Basica - Manut. dos PSFs

Elemento.....: 339046000000 - Auxilio Alimentacao

Fonte: 0.1.02.000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Sa.de

DEMONSTRATIVO

|                          |          |
|--------------------------|----------|
| Valor do Empenho.....R\$ | 1.804,00 |
| Saldo Anterior.....R\$   | 1.804,00 |
| O.P. 001 Parcela.....R\$ | 1.804,00 |
| Saldo a Pagar.....R\$    | 0,00     |

CONSIGNACOES:

LIQUIDO A PAGAR.....R\$ 1.804,00

Pague-se ao Sr. FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM

Cod: 00001118

Banco: - Agencia: Conta: -  
a quantia de R\$ HUM MIL, OITOCENTOS E QUATRO REAIS  
Proveniente de: [VALOR QUE SE PAGA REF. AUXILIO ALIMENTACAO, COMPETENCIA ]  
[09/2020, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM. ]  
[ ]  
[ ]  
[ ]  
[ ]

IPIRANGA DO NORTE, 30/09/2020.

P A G U E - S E

Com Recursos da(s) Conta(s):

Banco/Conta No Conta

184-FUNDO MUNICIPAL DE S 5910-2

184-FUNDO MUNICIPAL DE S 5910-2

Cheque/Doc

665.980.005.014

93.001

Valor

1.298,00

506,00

1.804,00

PEDRO FERRONATTO  
Prefeito(a)

CAROLINE LONGHI VIEIRA  
Tesoureiro(a)

Recebi(emos) a importancia acima mencionada constante da ordem supra, da qual  
passo(amos) a presente quitacao.

CREDOR - RG/DOC: \_\_\_\_\_

ORDEM DE PAGAMENTO No 0004230

Ref. Empenho N°.: 002989/2020

Ref. Processo N°: 000000/0000

Data do Pagamento: 30/09/2020

Data do Empenho.: 28/09/2020

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0304  
Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Funcao.....: 10 - SAUDE  
Subfuncao.....: 301 - ATENCAO BASICA  
Programa.....: 0023 - FINANCIAMENTO DOS BLOCOS DO SUS  
Proj./Ativ....: 2068 - Manut. dos Serv.e Urg. e Emergência  
Elemento.....: 319011000000 - Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil  
Fonte: 0.1.02.000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Sa.de

DEMONSTRATIVO

|                          |          |
|--------------------------|----------|
| Valor do Empenho.....R\$ | 1.373,52 |
| Saldo Anterior.....R\$   | 1.373,52 |
| O.P. 001 Parcela.....R\$ | 1.373,52 |
| Saldo a Pagar.....R\$    | 0,00     |

CONSIGNACOES:

LIQUIDO A PAGAR.....R\$ 1.373,52

Pague-se ao Sr. FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM

Cod: 00001118

Banco: - Agencia: - Conta: -  
a quantia de R\$ HUM MIL, TREZENTOS E SETENTA E TRES REAIS E CINQUENTA E DOIS CEN  
TAVOS  
Proveniente de: [VALOR QUE SE PAGA REF. CONCESSAO DE BENEFICIO AUXILIO SAUDE ]  
[DE SERVIDOR - POSTO DE SAUDE MUNICIPAL - PSM, COMPETENCIA ]  
[09/2020. ]  
[ ]  
[ ]  
[ ]

IPIRANGA DO NORTE, 30/09/2020.

P A G U E - S E

Com Recursos da(s) Conta(s):

| Banco/Conta              | No Conta | Cheque/Doc | Valor    |
|--------------------------|----------|------------|----------|
| 184-FUNDO MUNICIPAL DE S | 5910-2   | 93.001     | 1.373,52 |
|                          |          |            | 1.373,52 |

PEDRO FERRONATTO  
Prefeito(a)

CAROLINE LONGHI VIEIRA  
Tesoureiro(a)

Recebi(emos) a importancia acima mencionada constante da ordem supra, da qual  
passo(amos) a presente quitacao.

CREDOR - RG/DOC: \_\_\_\_\_

ORDEN DE PAGAMENTO No 0004231

Ref. Empenho N°.: 002987/2020

Ref. Processo N°: 000000/0000

Data do Pagamento: 30/09/2020

Data do Empenho.: 28/09/2020

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0295  
Orgao.....: 08 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Unidade.....: 002 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Funcao.....: 10 - SAUDE  
Subfuncao.....: 301 - ATENCAO BASICA  
Programa.....: 0023 - FINANCIAMENTO DOS BLOCOS DO SUS  
Proj./Ativ....: 2067 - Bloco Atencao Basica - Manut. dos PSFs  
Elemento.....: 319011000000 - Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil  
Fonte: 0.1.02.000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saude

DEMONSTRATIVO

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| Valor do Empenho.....R\$ | 29.526,12 |
| Saldo Anterior.....R\$   | 29.526,12 |
| O.P. 001 Parcela.....R\$ | 29.526,12 |
| Saldo a Pagar.....R\$    | 0,00      |

CONSIGNACOES:

|                                                     |     |            |
|-----------------------------------------------------|-----|------------|
| 2 07 080 -CONSIGNADO SICREDI                        | R\$ | 599,76 -   |
| 2 07 003 004 -IPIRANGA-PREV - SAUDE                 | R\$ | 2.517,65 - |
| 2 07 062 -IRRF- Servidores - Transf. Impostos saude | R\$ | 2.728,28 - |
| 2 07 014 -Consignado CEF Servidores da Saude        | R\$ | 424,24 -   |
| 2 07 026 -Consignacao Banco do Brasil - Saude       | R\$ | 1.219,89 - |
| LIQUIDO A PAGAR.....R\$                             |     | 22.036,30  |

Pague-se ao Sr. FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM

Cod: 00001118

Banco: - Agencia: Conta: -  
a quantia de R\$ VINTE E DOIS MIL E TRINTA E SEIS REAIS E TRINTA CENTAVOS  
Proveniente de: [VALOR QUE SE PAGA REF. FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL,  
[COMPETENCIA 09/2020, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.  
[  
[  
[  
[

IPIRANGA DO NORTE, 30/09/2020.

P A G U E - S E

Com Recursos da(s) Conta(s):

Banco/Conta No Conta  
184-FUNDO MUNICIPAL DE S 5910-2

Cheque/Doc Valor  
665.980.005.014 22.036,30

22.036,30

PEDRO FERRONATTO  
Prefeito(a)

CAROLINE LONGHI VIEIRA  
Teseunero(a)

Recebi(emos) a importancia acima mencionada constante da ordem supra, da qual  
passo(amos) a presente quitacao.

CREDOR - RG/DOC: \_\_\_\_\_