



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 110.629,93
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por JA776614 ROGERIO NORO 29/01/2021 08:52:17
JE704617 ORLEI JOSE GRASSELLI 29/01/2021 09:21:04

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE704617 ORLEI JOSE GRASSELLI.

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 12.901
Valor 70.520,75
Destinação 0
Data transferência 29/01/2021
"C" - CNPJ diferente
Autenticação SISBB 81400399748A2C6A
Assinada por JA776614 ROGERIO NORO
JE704617 ORLEI JOSE GRASSELLI

29/01/2021 08:53:30

29/01/2021 09:21:04

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE704617 ORLEI JOSE GRASSELLI.

316

NOTA DE EMPENHO.No 000314/2021 (X)-O ()-G ()-E COMPLEMENTAR: 000000/0000-0
PRE-EMPENHO.....No 000000/0000 PROCESSO.....No 000000/0000 DATA: 26/01/2021

Codigo Reduzido...: 0323
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.....: 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 A
SERVIDORES EM ENFRENTAMENTO A PANDEMIA COVID-19, POSTO DE
SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM. COMPETENCIA 01/2021.

DEMONSTRATIVO

Saldo da Dotacao...: 636.858,71
Valor Empenhado...: 29.173,35
Saldo Atual.....: 607.685,36
Valor Por Extenso: VINTE E NOVE MIL, CENTO E SETENTA E TRES REAIS E TRINTA E CINCO CENTAVOS

CONTABILIZACAO DA DESPESA	ORDENADOR DA DESPESA
A despesa foi empenhada pela importancia de R\$ 29.173,35 conforme comprovantes. IPIRANGA DO NORTE , 26/01/2021	ORLEI JOSE GRASSELLI Prefeito(a)
MARIZA TEREZINHA KONRATH Contador(a) CRC - CRC-MT012447/O-4	

Fonte: 0.1.02.000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Sa.
Re i o ()- MATERIAL ()- SERVICOS ____/____/____ (a) _____
RESPONSAVEL

NOTA DE EMPENHO.No 000315/2021 (X)-O ()-G ()-E COMPLEMENTAR: 000000/0000-0
PRE-EMPENHO.....No 000000/0000 PROCESSO.....No 000000/0000 DATA: 26/01/2021

Codigo Reduzido...: 0319
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...: 12007 - Auxilio Alimentacao a Servidores
Especificacao....: VALOR QUE SE EMPENHA REF. AUXILIO ALIMENTACAO A SERVIDORES,
COMPETENCIA 01/2021, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.
DEMONSTRATIVO

Saldo da Dotacao...: 42.558,00
Valor Empenhado...: 1.496,00
Saldo Atual.....: 41.062,00
Valor Por Extenso: HUM MIL, QUATROCENTOS E NOVENTA E SEIS REAIS

CONTABILIZACAO DA DESPESA	ORDENADOR DA DESPESA
A despesa foi empenhada pela importancia de R\$ 1.496,00 conforme comprovantes. IPIRANGA DO NORTE , 26/01/2021 MARIZA TEREZINHA KONRATH Contador(a) CRC - CRC-MT012447/O-4	ORLEI JOSE GRASELI Prefeito(a)

Fonte: 0.1.02.000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Sa.
Recebi o () - MATERIAL () - SERVICIO ____/____/____ (a) _____ RESPONSÁVEL

NOTA DE LIQUIDACAO DE EMPENHO N° 150 Ref.Empenho N°.: 000314/2021
Data de Emissao: 27/01/2021 Ref.Processo N°: 000000/0000
Data do Empenho: 26/01/2021

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0323
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

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, CENTO E SETENTA E TRES REAIS E TRINTA E CINCO CENTAVOS

Valor do Empenho.....R\$	29.173,35
Saldo Anterior.....R\$	29.173,35
Liquidacao 001 Parcela.....R\$	29.173,35
Saldo a Liquidar.....R\$	0,00

Proveniente de : VALOR QUE SE LIQUIDA REF. FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL A
SERVIDORES EM ENFRENTAMENTO A PANDEMIA COVID-19, POSTO DE
SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM. COMPETENCIA 01/2021.

IPIRANGA DO NORTE, 27/01/2021.

LUCAS APARECIDO ZDEPSHI
Responsavel pela Liquidacao

NOTA DE LIQUIDACAO DE EMPENHO N° 151 Ref.Empenho N°.: 000315/2021
Ref.Processo N°: 000000/0000
Data de Emissao: 27/01/2021 Data do Empenho: 26/01/2021

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0319
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: 000000000000- Insc.Mun: 00000002196
Insc.Com:

DEMONSTRATIVO

Liquida-se a quantia de:

R\$ HUM MIL, QUATROCENTOS E NOVENTA E SEIS REAIS

Valor do Empenho.....R\$	1.496,00
Saldo Anterior.....R\$	1.496,00
Liquidacao 001 Parcela.....R\$	1.496,00
Saldo a Liquidar.....R\$	0,00

Proveniente de : VALOR QUE SE LIQUIDA REF. AUXILIO ALIMENTACAO A SERVIDORES,
COMPETENCIA 01/2021, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.

IPIRANGA DO NORTE, 27/01/2021.

LUCAS APARECIDO ZDEPSHI
Responsavel pela Liquidacao



RESUMO DA FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS 01/2021

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

Somente informativo

ORÇÃO 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	18.222,72	14.626,14	6
60 PLANTÃO ENFERMEIROS (12 HORAS)	01	4.489,22	4.489,22	1
70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO	01	1.496,00	1.496,00	5
96 SOBREAVISO MOTORISTA AMBULANCIA	01	2.289,00	2.289,00	3
105 PLANTAO MOTORISTA AMBULANCIA (12H)	01	3.253,45	3.253,45	3
120 INSALUBRIDADE - 20%	01	5.626,00	1.125,20	6
900 PLANTÃO MOTORISTA DE AMBULANCIA MES ANT.	01	590,55	590,55	1
1000 AUXILIO ALIMENTAÇÃO MES ANT	01	1.012,00	1.012,00	4
300 SALARIO COMISSIONADO EM 50%	01	1.320,00	660,00	1
4014 ADICIONAL NOTURNO	01	15.992,80	1.065,48	5
4015 ADICIONAL NOTURNO MES ANTERIOR	01	2.499,00	62,31	1
5011 CONSIGNACAO CAIXA ECONOMICA	01	63,52	63,52	1
5014 CONSIGNAÇÃO BANCO DO BRASIL	01	316,59	316,59	1
5022 CONSIGNADOS SICREDI	01	917,41	917,41	1
6089 DEVOLUCAO ADICIONAL NOTURNO PG INDEVIDO	01	860,89	860,89	3
6090 DEVOLUCAO SOBREAVISO PG INDEVIDO	01	109,00	109,00	1
8100 PREVIDENCIA	01	14.626,14	2.047,63	6
9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE	01	22.386,62	2.705,80	4

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
Out. Entidades	- 0,00 %	0,00	0,00
INSS a Recolher			0,00

Prev. Municipal - INTEGRAL			
Valor Empresa	- 16,00 %	14.626,14	2.340,18
Salário Família			0,00
Salário Maternidade			0,00
Licença Saúde			0,00
Previdência Patronal			2.340,18
Previdência Retida dos Funcionários			2.047,63
Previdência a Recolher			4.387,81

Total Proventos: 30.669,35 36
 Total Descontos: 7.020,84 17



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA DE IPIRANGA DO NORTE

07.209.245/0001-72
Rua dos Girassois - nº. 387 - Centro - CEP 78.578-00
66.3588.1566
recursoshumano@ipirangadonorte.mt.gov.br

RESUMO DA FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS 01/2021

Funcionário: 0 / 99999999 Vínculo: 30 / 35 Cargo: 00000. / 99999.ZZZZZZZ.ZZZZZZZ
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 Líquido: 23.648,51

Total de Funcionários: 6



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA DE IPIRANGA DO NORTE
 CNPJ: 07.209.245/0001.72
 Rua dos Girassois - 0000387 - Centro
 Telefone (066)3588-1566
 recursoshumano@ipirangadonorte.mt.gov.br

FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS 01/2021

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									
Afastamento: 01 - FERIAS NORMAIS									
Afastamento: 01 - FERIAS NORMAIS									
Tipo Admissão: Efetivo									
Banco/Agência/Conta: 748 / 0810 / 000000077160-0								Horas mensais: 220	
CP	Provento / Desconto / Neutro	Nº Parc.	Base	DEP	Referência	Provento	Desconto	Neutro	
1	1 SALARIO MENSAL		2.229,92		D 11,00	817,63			
1	120 INSALUBRIDADE - 20%	4/361	426,80		P 20,00	85,36			
1	3003 SALARIO COMISSONADO EM 50'		1.320,00		P 50,00	660,00			
1	8100 PREVIDENCIA		817,63		T 14,00		114,46		
Sal. Base.: 2.229,92		Sal. Bruto.: 1.562,99		Total Desc: 114,46		Sal. Líquido:		1.448,53	

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		374,00		V 17,00	374,00			
1	96 SOBREVISO MOTORISTA AMBL		872,00		V 16,00	872,00			
1	105 PLANTAO MOTORISTA AMBULAN		1.253,95		V 8,09	1.253,95			
1	120 INSALUBRIDADE - 20%		1.164,00		P 20,00	232,80			
1	1006 AUXILIO ALIMENTAÇÃO MES AN1		308,00		V 14,00	308,00			
1	4014 ADICIONAL NOTURNO		2.499,00		H 120,00	311,56			
1	4015 ADICIONAL NOTURNO MES ANTI		2.499,00		H 24,00	62,31			
1	8100 PREVIDENCIA		2.499,00		T 14,00		349,86		
1	9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA		4.692,17	1	T 27,50		420,98		
Sal. Base.: 2.499,00		Sal. Bruto.: 5.913,62		Total Desc: 770,84		Sal. Líquido:		5.142,78	

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 SOBREVISO MOTORISTA AMBL		817,50		V 15,00	817,50			
1	105 PLANTAO MOTORISTA AMBULAN		675,80		V 4,36	675,80			
1	120 INSALUBRIDADE - 20%		1.164,00		P 20,00	232,80			
1	900 PLANTÃO MOTORISTA DE AMBU		590,55		V 3,81	590,55			
1	1006 AUXILIO ALIMENTAÇÃO MES AN1		396,00		V 18,00	396,00			
1	4014 ADICIONAL NOTURNO		2.499,00		H 28,58	74,20			
1	6089 DEVOLUCAO ADICIONAL NOTUR		305,07		V 305,07		305,07		
1	6090 DEVOLUCAO SOBREVISO PG II		109,00		V 109,00		109,00		
1	8100 PREVIDENCIA		2.499,00		T 14,00		349,86		
1	9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA		4.125,92		T 22,50		292,20		
Sal. Base.: 2.499,00		Sal. Bruto.: 5.681,85		Total Desc: 1.056,13		Sal. Líquido:		4.625,72	

Funcionário: 472 - JOSE MARIA DE ABREU JUNIOR						C.P.F.: 567.857.631-34		Data Admissão: 02/05/2008	
Cargo :00318/B /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		3.408,64		D 30,00	3.408,64			
1	70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO		264,00		V 12,00	264,00			



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA DE IPIRANGA DO NORTE
 CNPJ: 07.209.245/0001.72
 Rua dos Girassois - 0000387 - Centro
 Telefone (066)3588-1566
 recursoshumano@ipirangadonorte.mt.gov.br

FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS 01/2021

CP	Descrição	Nº Parc.	Base	DEP	Referência	Provento	Desconto	Neutro
1	96 SOBREAVISO MOTORISTA AMBL		599,50	V	11,00	599,50		
1	105 PLANTAO MOTORISTA AMBULAN		1.323,70	V	8,54	1.323,70		
1	120 INSALUBRIDADE - 20%	5/361	1.164,00	P	20,00	232,80		
1	1006 AUXILIO ALIMENTAÇÃO MES ANI		88,00	V	4,00	88,00		
1	4014 ADICIONAL NOTURNO		3.408,64	H	96,00	339,97		
1	5022 CONSIGNADOS SICREDI	4/ 48	917,41	V	917,41			917,41
1	6089 DEVOLUCAO ADICIONAL NOTUR		357,88	V	357,88			357,88
1	8100 PREVIDENCIA		3.408,64	T	14,00			477,20
1	9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA		5.069,53	T	27,50			524,76
Sal. Base.: 3.408,64			Sal. Bruto.: 6.256,61	Total Desc: 2.277,25		Sal. Líquido:		3.979,36

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
 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	21,00	4.348,84		
1	60 PLANTÃO ENFERMEIROS (12 HO		4.489,22	V	12,33	4.489,22		
1	70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO		374,00	V	17,00	374,00		
1	120 INSALUBRIDADE - 20%		814,80	P	20,00	162,96		
1	4014 ADICIONAL NOTURNO		6.212,64	H	67,45	304,75		
1	6089 DEVOLUCAO ADICIONAL NOTUR		197,94	V	197,94			197,94
1	8100 PREVIDENCIA		4.348,84	T	14,00			608,83
1	9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA		8.499,00	T	27,50			1.467,86
Sal. Base.: 6.212,64			Sal. Bruto.: 9.679,77	Total Desc: 2.274,63		Sal. Líquido:		7.405,14

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

Cargo :00282/A /04 - AGENTE DE MANUTENÇÃO
 Afastamento: 01 - FERIAS NORMAIS
 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		1.373,52	D	23,00	1.053,03		
1	70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO		88,00	V	4,00	88,00		
1	120 INSALUBRIDADE - 20%	5/361	892,40	P	20,00	178,48		
1	1006 AUXILIO ALIMENTAÇÃO MES ANI		220,00	V	10,00	220,00		
1	4014 ADICIONAL NOTURNO		1.373,52	H	32,00	35,00		
1	5011 CONSGNACAO CAIXA ECONOMIA	54/ 72	63,52	V	63,52			63,52
1	5014 CONSIGNAÇÃO BANCO DO BRA	14/ 90	316,59	V	316,59			316,59
1	8100 PREVIDENCIA		1.053,03	T	14,00			147,42
Sal. Base.: 1.373,52			Sal. Bruto.: 1.574,51	Total Desc: 527,53		Sal. Líquido:		1.046,98

Total de Funcionários.....: 6 Proventos: 30.669,35 Descontos: 7020,84
 Neutros.....: Liquido.....: 23.648,51

ORDEM DE PAGAMENTO No 0000158 Ref. Empenho N°.: 000314/2021
Ref. Processo N°: 000000/0000
Data do Pagamento: 29/01/2021 Data do Empenho.: 26/01/2021

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0323
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 - Saude

DEMONSTRATIVO

Valor do Empenho.....R\$	29.173,35
Saldo Anterior.....R\$	29.173,35
O.P. 001 Parcela.....R\$	29.173,35
Saldo a Pagar.....R\$	0,00

CONSIGNACOES:

2 07 014 -Consignado CEF Servidores da Saude	R\$	63,52 -
2 07 026 -Consignacao Banco do Brasil - Saude	R\$	316,59 -
2 07 080 -CONSIGNADO SICREDI	R\$	917,41 -
2 07 037 -Diferenca desconto salBrio	R\$	969,89 -
2 07 062 -IRRF- Servidores - Transf. Impostos saude	R\$	2.705,80 -
2 07 003 004 -IPIRANGA-PREV - SAUDE	R\$	2.047,63 -
LIQUIDO A PAGAR.....R\$		22.152,51

Pague-se ao Sr. FOLHA DE PAGAMENTO - SAUDE - PSM Cod: 00001118

Banco: - Agencia: Conta: -
a quantia de R\$ VINTE E DOIS MIL, CENTO E CINQUENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA E U
M CENTAVOS

Proveniente de: [VALOR QUE SE PAGA REF. FOLHA DE PAGAMENTO MENSAL A]
[SERVIDORES EM ENFRENTAMENTO A PANDEMIA COVID-19, POSTO DE]
[SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM. COMPETENCIA 01/2021.]
[]
[]
[]

IPIRANGA DO NORTE, 29/01/2021.

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	12.901	5.163,89
184-FUNDO MUNICIPAL DE S	5910-2	665.980.005.014	16.988,62
			<hr/>
			22.152,51

ORLEI JOSE GRASSELLI
Prefeito(a)

CAROLINE LONGHI VIEIRA
Tesorero(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 0000159

Ref. Empenho N°.: 000315/2021

Data do Pagamento: 29/01/2021

Ref. Processo N°: 000000/0000

Data do Empenho.: 26/01/2021

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0319

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 - Saude

DEMONSTRATIVO

Valor do Empenho.....R\$	1.496,00
Saldo Anterior.....R\$	1.496,00
O.P. 001 Parcela.....R\$	1.496,00
Saldo a Pagar.....R\$	0,00

CONSIGNACOES:

LIQUIDO A PAGAR.....R\$ 1.496,00

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

Cod: 00001118

Banco: - Agencia: Conta: -
a quantia de R\$ HUM MIL, QUATROCENTOS E NOVENTA E SEIS REAIS
Proveniente de: [VALOR QUE SE PAGA REF. AUXILIO ALIMENTACAO A SERVIDORES,]
[COMPETENCIA 01/2021, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.]
[]
[]
[]
[]

IPIRANGA DO NORTE, 29/01/2021.

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	665.980.005.014	1.232,00
184-FUNDO MUNICIPAL DE S	5910-2	12.901	264,00
			<hr/>
			1.496,00

ORLEI JOSE GRASSELLI
Prefeito(a)

CAROLINE LONGHI VIEIRA
Tesoureiro(a)

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

CREDOR - RG/DOC: _____