



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 115.753,71
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por JA776614 ROGERIO NORO 26/02/2021 09:50:50
JE704617 ORLEI JOSE GRASSELLI 26/02/2021 10:15:00

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 22.601
Valor 50.895,72
Destinação 0
Data transferência 26/02/2021
"C" - CNPJ diferente

Autenticação SISBB 8EA5A5AC863FADB9

Assinada por JA776614 ROGERIO NORO 26/02/2021 09:53:30
JE704617 ORLEI JOSE GRASSELLI 26/02/2021 10:15:00

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE704617 ORLEI JOSE GRASSELLI.

NOTA DE EMPENHO.No 000672/2021 (X)-O ()-G ()-E COMPLEMENTAR: 000000/0000-0
PRE-EMPENHO.....No 000000/0000 PROCESSO.....No 000000/0000 DATA: 23/02/2021

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...: -
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 02/2021.
DEMONSTRATIVO

Saldo da Dotacao.: 602.227,88
Valor Empenhado...: 49.419,08
Saldo Atual.....: 552.808,80
Valor Por Extenso: QUARENTA E NOVE MIL, QUATROCENTOS E DEZENOVE REAIS E OITO CE
NTAVOS

CONTABILIZACAO DA DESPESA	ORDENADOR DA DESPESA
A despesa foi empenhada pela importancia de R\$ 49.419,08 conforme comprovantes. IPIRANGA DO NORTE , 23/02/2021	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
Recibo ()- MATERIAL ()- SERVICOS ____/____/____ (a) _____
RESPONSAVEL

NOTA DE EMPENHO.No 000673/2021 (X)-O ()-G ()-E COMPLEMENTAR: 000000/0000-0
PRE-EMPENHO.....No 000000/0000 PROCESSO.....No 000000/0000 DATA: 23/02/2021

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...: -
Especificacao....: VALOR QUE SE EMPENHA REF. AUXILIO ALIMENTACAO A SERVIDORES,
COMPETENCIA 02/2021, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.
DEMONSTRATIVO

Saldo da Dotacao.: 38.116,00
Va. Empenhado...: 2.134,00
Saldo Atual.....: 35.982,00
Valor Por Extenso: DOIS MIL, CENTO E TRINTA E QUATRO REAIS

CONTABILIZACAO DA DESPESA	ORDENADOR DA DESPESA
A despesa foi empenhada pela importancia de R\$ 2.134,00 conforme comprovantes. IPIRANGA DO NORTE, 23/02/2021	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.
Recebi o () - MATERIAL () - SERVICOS ____/____/____ (a) _____
RESPONSAVEL

NOTA DE EMPENHO.No 000674/2021 (X)-O ()-G ()-E COMPLEMENTAR: 000000/0000-0
PRE-EMPENHO.....No 000000/0000 PROCESSO.....No 000000/0000 DATA: 23/02/2021

Codigo Reduzido.: 0324
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.....: 3190.94.00.00 Indenizacoes Restituicoes Trabalhistas
Sub-Elemento.....: 01 - INDENIZACOES E RESTITUICOES TRABALHISTAS

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...: -
Especificacao.....: VALOR QUE SE EMPENHA REF. V.I - AUXILIO RESGATE, COMPETENCIA
02/2021, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.

DEMONSTRATIVO

Saldo da Dotacao..: 4.600,00
Va. Empenhado...: 158,16
Saldo Atual.....: 4.441,84
Valor Por Extenso: CENTO E CINQUENTA E OITO REAIS E DEZESSEIS CENTAVOS

CONTABILIZACAO DA DESPESA	ORDENADOR DA DESPESA
A despesa foi empenhada pela importancia de R\$ 158,16 conforme comprovantes. IPIRANGA DO NORTE, 23/02/2021 MARIZA TEREZINHA KONRATH Contador(a) CRC - CRC-MT012447/O-4	ORLEI JOSE GRASSELLI Prefeito(a)

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

NOTA DE EMPENHO.No 000675/2021 (X)-O ()-G ()-E COMPLEMENTAR: 000000/0000-0
PRE-EMPENHO.....No 000000/0000 PROCESSO.....No 000000/0000 DATA: 23/02/2021

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
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.: -
Especificacao.....: VALOR QUE SE EMPENHA REF. CONCESSAO DE BENEFICIO AUXILIO
SAUDE DE SERVIDOR - POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.
COMPETENCIA 02/2021.

DEMONSTRATIVO

Saldo da Dotacao.: 552.808,80
Valor Empenhado.: 2.045,18
Saldo Atual.....: 550.763,62
Valor Por Extenso: DOIS MIL E QUARENTA E CINCO REAIS E DEZOITO CENTAVOS

CONTABILIZACAO DA DESPESA

ORDENADOR DA DESPESA

A despesa foi empenhada pela importancia
de R\$ 2.045,18 conforme
comprovantes.

ORLEI JOSE GRASSELI
Prefeito(a)

IPIRANGA DO NORTE , 23/02/2021

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

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

NOTA DE LIQUIDACAO DE EMPENHO N° 605 Ref.Empenho N°.: 000672/2021
Ref.Processo N°: 000000/0000
Data de Emissao: 26/02/2021 Data do Empenho: 23/02/2021

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: 0000000000000- Insc.Mun: 00000002196
Insc.Com:

DEMONSTRATIVO

Liquida-se a quantia de:

R\$ QUARENTA E NOVE MIL, QUATROCENTOS E DEZENOVE REAIS E OITO CENTAVOS

Valor do Empenho.....R\$	49.419,08
Saldo Anterior.....R\$	49.419,08
Liquidacao 001 Parcela.....R\$	49.419,08
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 02/2021.

IPIRANGA DO NORTE, 26/02/2021.

LUCAS APARECIDO ZDEPSHI
Responsavel pela Liquidacao

NOTA DE LIQUIDACAO DE EMPENHO N° 606 Ref.Empenho N°.: 000673/2021
Ref.Processo N°: 000000/0000
Data de Emissao: 26/02/2021 Data do Empenho: 23/02/2021

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\$ DOIS MIL, CENTO E TRINTA E QUATRO REAIS

Valor do Empenho.....R\$	2.134,00
Saldo Anterior.....R\$	2.134,00
Liquidacao 001 Parcela.....R\$	2.134,00
Saldo a Liquidar.....R\$	0,00

Proveniente de : VALOR QUE SE LIQUIDA REF. AUXILIO ALIMENTACAO A SERVIDORES,
COMPETENCIA 02/2021, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.

IPIRANGA DO NORTE, 26/02/2021.

LUCAS APARECIDO ZDEPSHI
Responsavel pela Liquidacao

NOTA DE LIQUIDACAO DE EMPENHO N° 607 Ref.Empenho N°.: 000674/2021
Ref.Processo N°: 000000/0000
Data de Emissao: 26/02/2021 Data do Empenho: 23/02/2021

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0324
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.....: 319094000000 - Indenizacoes Restituicoes Trabalhistas

Sub-Elemento.....: 01 - INDENIZACOES E RESTITUICOES TRABALHISTAS
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\$ CENTO E CINQUENTA E OITO REAIS E DEZESSEIS CENTAVOS

Valor do Empenho.....R\$	158,16
Saldo Anterior.....R\$	158,16
Liquidacao 001 Parcela.....R\$	158,16
Saldo a Liquidar.....R\$	0,00

Proveniente de : VALOR QUE SE LIQUIDA REF. V.I - AUXILIO RESGATE, COMPETENCIA
02/2021, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.

IPIRANGA DO NORTE, 26/02/2021.

LUCAS APARECIDO ZDEPSHI
Responsavel pela Liquidacao

NOTA DE LIQUIDACAO DE EMPENHO N° 608 Ref.Empenho N°.: 000675/2021
Ref.Processo N°: 000000/0000
Data de Emissao: 26/02/2021 Data do Empenho: 23/02/2021

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.....: 56 - Auxílio-Doença (ou Licença para Tratamento de Saúde)
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\$ DOIS MIL E QUARENTA E CINCO REAIS E DEZOITO CENTAVOS

Valor do Empenho.....R\$	2.045,18
Saldo Anterior.....R\$	2.045,18
Liquidacao 001 Parcela.....R\$	2.045,18
Saldo a Liquidar.....R\$	0,00

Proveniente de : VALOR QUE SE LIQUIDA REF. CONCESSAO DE BENEFICIO AUXILIO
SAUDE DE SERVIDOR - POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.
COMPETENCIA 02/2021.

IPIRANGA DO NORTE, 26/02/2021.

LUCAS APARECIDO ZDEPSHI
Responsavel pela Liquidacao



RESUMO DA FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS 02/2021

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

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	37.339,18	34.879,81	7
60 PLANTÃO ENFERMEIROS (12 HORAS)	01	3.094,76	3.094,76	1
70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO	01	2.134,00	2.134,00 -	6
86 V.I - AUXILIO RESGATE	01	158,16	158,16 -	1
96 SOBREAVISO MOTORISTA AMBULANCIA	01	2.725,00	2.725,00	3
102 AUXILIO SAUDE PELO ORGAO	01	2.045,18	2.045,18 -	1
105 PLANTAO MOTORISTA AMBULANCIA (12H)	01	3.918,40	3.918,40	3
106 PLANTÃO AGENTE DE MANUTENÇÃO (12H)	01	80,00	80,00	1
INSALUBRIDADE - 20%	01	7.372,00	1.474,40	7
3000 SALARIO COMISSONADO EM 50%	01	3.600,00	1.800,00	1
4014 ADICIONAL NOTURNO	01	18.342,18	1.446,71	6
5011 CONSGNACAO CAIXA ECONOMICA	01	63,52	63,52	1
5014 CONSIGNAÇÃO BANCO DO BRASIL	01	1.782,94	1.782,94	3
5022 CONSIGNADOS SICREDI	01	797,40	797,40	1
5025 CONSIGNADO SICREDI	01	599,76	599,76	1
8100 PREVIDENCIA	01	36.924,99	5.169,48	7
9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE	01	42.062,70	6.615,07	6

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
NSS a Recolher			0,00

Prev. Municipal - INTEGRAL

Valor Empresa	- 16,00 %	36.924,99	5.907,99
Salário Família			0,00
Salário Maternidade			0,00
Licença Saúde			0,00
Previdência Patronal			5.907,99
Previdência Retida dos Funcionários			5.169,48
Previdência a Recolher			11.077,47

Total Proventos: 53.756,42 37
 Total Descontos: 15.028,17 19
 Total Líquido: 38.728,25



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 02/2021

Funcionário: 0 / 99999999 Vínculo: 30 / 35 Cargo: 0000. . / 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 de Funcionários:

8



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 02/2021

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

Funcionário: 1344 - CAMILE VECHIATO						C.P.F.: 001.451.101-09		Data Admissão: 15/06/2020	
Cargo :00330/A /01 - MÉDICO CLINICO GERAL									
Tipo Admissão: Efetivo									
Banco/Agência/Conta: 001 / 5980-3 / 000000106536-X						Horas mensais: 220			
CP	Provento / Desconto / Neutro	Nº Parc.	Base	DEP	Referência	Provento	Desconto	Neutro	
1	1 SALARIO MENSAL		18.997,00		D 30,00	18.997,00			
1	120 INSALUBRIDADE - 20%		1.164,00		P 20,00	232,80			
1	8100 PREVIDENCIA		18.997,00		T 14,00		2.659,58		
1	9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA		16.001,45	3	T 27,50		3.531,03		
Sal. Base.: 18.997,00		Sal. Bruto.: 19.229,80		Total Desc.: 6.190,61		Sal. Líquido:		13.039,19	

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						Horas mensais: 220			
CP	Provento / Desconto / Neutro	Nº Parc.	Base	DEP	Referência	Provento	Desconto	Neutro	
1	1 SALARIO MENSAL		2.349,38		D 30,00	2.349,38			
1	70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO		352,00		V 16,00	352,00			
1	120 INSALUBRIDADE - 20%	5/361	1.164,00		P 20,00	232,80			
1	3003 SALARIO COMISSIONADO EM 50'		3.600,00		P 50,00	1.800,00			
1	4014 ADICIONAL NOTURNO		2.349,38		H 16,00	39,05			
1	5022 CONSIGNADOS SICREDI	26/ 48	797,40		V 797,40		797,40		
1	8100 PREVIDENCIA		2.349,38		T 14,00		328,91		
1	9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA		4.092,32		T 22,50		284,64		
Sal. Base.: 2.349,38		Sal. Bruto.: 4.773,23		Total Desc.: 1.410,95		Sal. Líquido:		3.362,28	

Funcionário: 1345 - ELEANRO 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		396,00		V 18,00	396,00			
1	96 SOBREAVISO MOTORISTA AMBL		1.199,00		V 22,00	1.199,00			
1	105 PLANTAO MOTORISTA AMBULA		1.847,60		V 11,92	1.847,60			
1	120 INSALUBRIDADE - 20%		1.164,00		P 20,00	232,80			
1	4014 ADICIONAL NOTURNO		2.499,00		H 130,00	337,52			
1	5014 CONSIGNAÇÃO BANCO DO BRA	1/ 83	563,05		V 563,05		563,05		
1	8100 PREVIDENCIA		2.499,00		T 14,00		349,86		
1	9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA		5.576,47	1	T 27,50		664,16		
Sal. Base.: 2.499,00		Sal. Bruto.: 6.511,92		Total Desc.: 1.577,07		Sal. Líquido:		4.934,85	

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: 89 - AFASTAMENTO POR MOTIVO DE DOENÇA - ORGAO									
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 12,00	1.363,45			
1	102 AUXILIO SAUDE PELO ORGAO		2.045,18		D 18,00	2.045,18			
1	120 INSALUBRIDADE - 20%		465,60		P 20,00	93,12			
1	5014 CONSIGNAÇÃO BANCO DO BRA	21/ 96	903,30		V 903,30		903,30		
1	8100 PREVIDENCIA		3.408,63		T 14,00		477,20		
1	9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA		2.455,78	3	T 7,50		41,38		
Sal. Base.: 3.408,64		Sal. Bruto.: 3.501,75		Total Desc.: 1.421,88		Sal. Líquido:		2.079,87	



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 02/2021

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		462,00		V 21,00	462,00		
1	96 SOBREAVISO MOTORISTA AMBL		1.144,50		V 21,00	1.144,50		
1	105 PLANTAO MOTORISTA AMBULAN		1.382,60		V 8,92	1.382,60		
1	120 INSALUBRIDADE - 20%		1.164,00		P 20,00	232,80		
1	4014 ADICIONAL NOTURNO		2.499,00		H 58,00	150,58		
1	8100 PREVIDENCIA		2.499,00		T 14,00		349,86	
1	9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA		5.059,62		T 27,50		522,03	
Sal. Base.: 2.499,00			Sal. Bruto.: 5.871,48	Total Desc.: 871,89		Sal. Líquido: 4.999,59		

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

Afastamento: 01 - FERIAS NORMAIS

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	70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO		132,00		V 6,00	132,00		
1	96 SOBREAVISO MOTORISTA AMBL		381,50		V 7,00	381,50		
1	105 PLANTAO MOTORISTA AMBULAN		688,20		V 4,44	688,20		
1	4014 ADICIONAL NOTURNO		3.408,64		H 48,00	169,98		
Sal. Base.: 0,00			Sal. Bruto.: 1.371,68	Total Desc.: 0,00		Sal. Líquido: 1.371,68		

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 28,00	5.798,46		
1	60 PLANTÃO ENFERMEIROS (12 HO		3.094,76		V 8,50	3.094,76		
1	70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO		462,00		V 21,00	462,00		
1	86 V.I - AUXILIO RESGATE		158,16		V 3,00	158,16		
1	120 INSALUBRIDADE - 20%		1.086,40		P 20,00	217,28		
1	4014 ADICIONAL NOTURNO		6.212,64		H 96,00	578,34		
1	5025 CONSIGNADO SICREDI	18/ 48	599,76		V 599,76		599,76	
1	8100 PREVIDENCIA		5.798,46		T 14,00		811,78	
1	9000 IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA		8.877,06		T 27,50		1.571,83	
Sal. Base.: 6.212,64			Sal. Bruto.: 10.309,00	Total Desc.: 2.983,37		Sal. Líquido: 7.325,63		

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

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 30,00	1.373,52		
1	70 AUXILIO ALIMENTAÇÃO		330,00		V 15,00	330,00		
1	106 PLANTÃO AGENTE DE MANUTEN		80,00		V 1,00	80,00		
1	120 INSALUBRIDADE - 20%	6/361	1.164,00		P 20,00	232,80		
1	4014 ADICIONAL NOTURNO		1.373,52		H 120,00	171,24		
1	5011 CONSGNACAO CAIXA ECONOMIA	55/ 72	63,52		V 63,52		63,52	
1	5014 CONSIGNAÇÃO BANCO DO BRA	15/ 90	316,59		V 316,59		316,59	
1	8100 PREVIDENCIA		1.373,52		T 14,00		192,29	
Sal. Base.: 1.373,52			Sal. Bruto.: 2.187,56	Total Desc.: 572,40		Sal. Líquido: 1.615,16		



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 02/2021

Total de Funcionários.....:	8	Proventos:	53.756,42	Descontos:	15028,17
		Neutros.....:		Liquido.....:	38.728,25



Relação de Proventos/Descontos/Neutros Flexíveis em 02/2021

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		4993 - SALARIO FAMILIA PELO		Valor	Base	Valor	Total geral
			Base	Dias	Valor	Base	Dias	Valor				
248	FABIANO ARLINDO GONCALVES MOTORISTA DE AMBULANCIA	956.720.361.04	2.045,18	18	2.045,18							2.045,18
Total de funcionários: 1			2.045,18		2.045,18							2.045,18

ORDEN DE PAGAMENTO No 0000532

Ref. Empenho N°.: 000675/2021

Ref. Processo N°: 000000/0000

Data do Pagamento: 26/02/2021

Data do Empenho.: 23/02/2021

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 - Sa.de

DEMONSTRATIVO

Valor do Empenho.....R\$	2.045,18
Saldo Anterior.....R\$	2.045,18
O.P. 001 Parcela.....R\$	2.045,18
Saldo a Pagar.....R\$	0,00

CONSIGNACOES:

LIQUIDO A PAGAR.....R\$ 2.045,18

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

Cod: 00001118

Banco: - Agencia: Conta: -

a quantia de R\$ DOIS MIL E QUARENTA E CINCO REAIS E DEZOITO CENTAVOS

Proveniente de: [VALOR QUE SE PAGA REF. CONCESSAO DE BENEFICIO AUXILIO SAUDE]

[DE SERVIDOR - POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.]

[COMPETENCIA 02/2021.]

[]

[]

[]

IPIRANGA DO NORTE, 26/02/2021.

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	2.045,18
			<u>2.045,18</u>

ORLEI JOSE GRASSELLI
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 0000533 Ref. Empenho N°.: 000674/2021
Data do Pagamento: 26/02/2021 Ref. Processo N°: 000000/0000
Data do Empenho.: 23/02/2021

CODIGO GERAL

Cod. Reduzido: 0324
Orgão.....: 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.....: 319094000000 - Indenizacoes Restituicoes Trabalhistas
Fonte: 0.1.02.000000 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Sa.de

DEMONSTRATIVO

Valor do Empenho.....R\$	158,16
Saldo Anterior.....R\$	158,16
O.P. 001 Parcela.....R\$	158,16
Saldo a Pagar.....R\$	0,00

CONSIGNACOES:

LIQUIDO A PAGAR.....R\$ 158,16

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

Banco: - Agencia: Conta: -
a quantia de R\$ CENTO E CINQUENTA E OITO REAIS E DEZESSEIS CENTAVOS
Proveniente de: [VALOR QUE SE PAGA REF. V.I - AUXILIO RESGATE, COMPETENCIA]
[02/2021, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.]
[]
[]
[]
[]

IPIRANGA DO NORTE, 26/02/2021.

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	158,16
			<u>158,16</u>

ORLEI JOSE GRASSELLI
Prefeito(a)

CAROLINE LONGHI VIEIRA
Tesorreiro(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 0000534 Ref. Empenho Nº.: 000673/2021
Data do Pagamento: 26/02/2021 Ref. Processo Nº.: 000000/0000
Data do Empenho.: 23/02/2021

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 - Sa.de

DEMONSTRATIVO

Valor do Empenho.....R\$	2.134,00
Saldo Anterior.....R\$	2.134,00
O.P. 001 Parcela.....R\$	2.134,00
Saldo a Pagar.....R\$	0,00

CONSIGNACOES:

LIQUIDO A PAGAR.....R\$ 2.134,00

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

Banco: - Agencia: Conta: -
a quantia de R\$ DOIS MIL, CENTO E TRINTA E QUATRO REAIS
Proveniente de: [VALOR QUE SE PAGA REF. AUXILIO ALIMENTACAO A SERVIDORES,]
[COMPETENCIA 02/2021, POSTO DE SAUDE MUNICIPAL 24H - PSM.]
[]
[]
[]
[]

IPIRANGA DO NORTE, 26/02/2021.

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	1.650,00
184-FUNDO MUNICIPAL DE S	5910-2	22.601	484,00
			<hr/>
			2.134,00

ORLEI JOSE GRASSELLI
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 0000535 Ref. Empenho N°.: 000672/2021
Data do Pagamento: 26/02/2021 Ref. Processo N°: 000000/0000
Data do Empenho.: 23/02/2021

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 - Sa.de

DEMONSTRATIVO

Valor do Empenho.....R\$	49.419,08
Saldo Anterior.....R\$	49.419,08
O.P. 001 Parcela.....R\$	49.419,08
Saldo a Pagar.....R\$	0,00

CONSIGNACOES:

2 07 062 -IRRF- Servidores - Transf. Impostos sa.de	R\$	6.615,07	-
2 03 004 -IPIRANGA-PREV - SAUDE	R\$	5.169,48	-
2 07 080 -CONSIGNADO SICREDI	R\$	1.397,16	-
2 07 026 -Consignacao Banco do Brasil - Saude	R\$	1.782,94	-
2 07 014 -Consignado CEF Servidores da Saude	R\$	63,52	-
LIQUIDO A PAGAR.....R\$		34.390,91	

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

Banco: - Agencia: Conta: -
a quantia de R\$ TRINTA E QUATRO MIL, TREZENTOS E NOVENTA REAIS E NOVENTA E UM 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 02/2021.]
[]
[]
[]
[]

IPIRANGA DO NORTE, 26/02/2021.

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	22.601	4.249,96
184-FUNDO MUNICIPAL DE S	5910-2	665.980.005.014	30.140,95
			<hr/>
			34.390,91

ORLEI JOSE GRASSELLI
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: _____