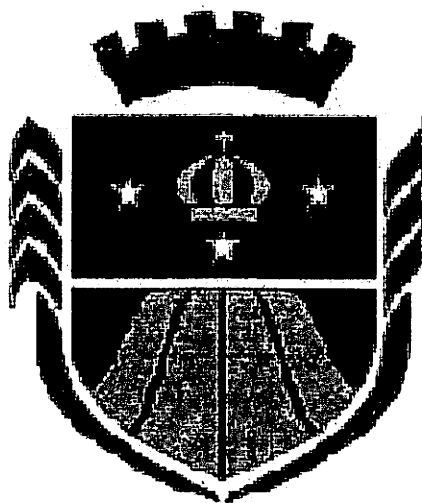


FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO DESIDÉRIO

Estado da Bahia



2020

Processo de Pagamento Nº 889

Data: 03/04/2020

Empenho Nº: 717

Credor: 195 - LEILA ADRIANA DE OLIVEIRA NASCIMENTO



Valor Bruto R\$: 1.035,00

Valor Retido R\$: 0,00

Valor Líquido R\$: 1.035,00

Dotação Orçamentária

Reduzido: 2053.3314.2

Unidade: 02.07.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

Ação: 2.053 - Gestão das Ações do Fundo Munic. de Saúde Rec Próprios

Elemento: 3.3.90.14.00 - Diárias - Civil

Fonte: 2 - Rec. de Impostos e Transf. de Impostos - Saúde 15%

Nº Conta	Descrição Conta	Nº Agência	Banco	Nº Doc.	Valor
9745-4	FMS - RECURSOS PROPRIOS	2812-3	001 - BANCO DO BRASIL S.A.	013659	1.035,00

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO DESIDÉRIO

PRACA EMERSON BARBOSA - CENTRO

CNPJ: 11.206.254/0001-87 - CEP: . - - SAO DESIDERIO - BA

NOTA DE EMPENHO

PROCESSO ADM: 419-2020**EMPENHO: 717 / 2020**

Data do Empenho: 03/04/2020 **TIPO DO EMPENHO:** Ordinário/Normal

FORNECEDOR

Nome:	195 - LEILA ADRIANA DE OLIVEIRA NASCIMENTO			Tipo Pessoa:	Física
Endereço:	POVOADO PONTE DE MATEUS,			Complemento:	
Bairro:		Cidade:	SAO DESIDERIO	Estado:	BA
CNPJ:		Insc. Estadual:		CPF:	013.544.155-23
Conta Corrente:	13659-X	Agência:	2009-5	RG:	1134126492
			Banco: 001 - BANCO DO BRASIL S.A.		

- DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA.

Reduzido: 2063.3314.2 - ORÇAMENTÁRIO E SUPLEMENTAR

Unidade: 02.07.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
Função: 10 - Saúde
Sub-Função: 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa: 002 - MAIS SAÚDE PARA SÃO DESIDÉRIO
Ação: 2.053 - Gestão das Ações do Fundo Munic. de Saúde Rec Próprios
Elemento: 3.3.90.14.00 - Diárias - Civil
Fonte: 2 - Rec. de Impostos e Transf. de Impostos - Saude 15%
Sub-Elemento: 3.3.90.14.00 - DIARIAS - CIVIL

Modalidade: Não se Aplica

Convênio:

Patrimônio: -

Contrato:**Saldo Anterior**

68.010,00

Valor do Empenho

1.035.00

Saldo Atual

66,975.00

- HISTÓRICO

CORRESPONDENTE AO PAGAMENTO DE 9 (NOVE) DIARIAS A SERVIDORA LEILA ADRIANA DE OLIVEIRA NASCIMENTO, PARA HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO, DURANTE O TRABALHO REFERENTE A REALIZAÇÕES DE AÇÕES DE PREVENÇÃO AO COVID-19 NA BARREIRA SANITÁRIA NO DISTRITO DE RODA VELHA, NO MUNICÍPIO DE SÃO DESIDÉRIO-BA, NO PERÍODO DE 03 A 11/04/2020. SOB RESPONSABILIDADE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE. CONFORME DOCUMENTAÇÃO ANEXA AO PROCESSO.

Nº Ordem	Especificação (Ítem)	Unidade	Quant.	Valor Unitário	Valor Total
	-				

Um mil e trinta e cinco reais

1.035.00

Autorizo o empenho da despesa supra mencionada em 03/04/2020.

Declaro que a importância supra foi deduzida do crédito próprio em 03/04/2020

JOSE NEVES BARBOSA
Gestor(a) do FMS
CPF : 467.570.665-72

ÁVILA IZADORA QUEIROZ SANTOS
Contadora
Reg. Prof.: CRC-BA-039059/O-8



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO DESIDÉRIO

PRAÇA EMERSON BARBOSA - CENTRO

CNPJ: 11.206.254/0001-87 - CEP: - - - - - SÃO DESIDÉRIO - BA

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

PROCESSO ADM: 419-2020

EMPENHO: 717 / 2020

Data do Empenho: 03/04/2020

TIPO DO EMPENHO: Ordinário/Normal

FORNECEDOR

Nome:	195 - LEILA ADRIANA DE OLIVEIRA NASCIMENTO			Tipo Pessoa:	Física
Endereço:	POVOADO PONTE DE MATEUS,			Complemento:	
Bairro:		Cidade:	SÃO DESIDÉRIO	Estado:	BA
CNPJ:	Insc. Estadual:	CPF:	013.544.155-23	RG:	1134126492
Conta Corrente:	13659-X	Agência:	2009-5	Banco:	001 - BANCO DO BRASIL S.A.

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Reduzido:	2053.3314.2	- ORÇAMENTÁRIO E SUPLEMENTAR
Unidade:	02.07.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS	
Função:	10 - Saúde	
Sub-Função:	302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	
Programa:	002 - MAIS SAÚDE PARA SÃO DESIDÉRIO	
Ação:	2.053 - Gestão das Ações do Fundo Munic. de Saúde Rec Próprios	
Elemento:	3.3.90.14.00 - Diárias - Civil	
Fonte:	2 - Rec. de Impostos e Transf. de Impostos - Saúde 15%	
Sub-Elemento:	3.3.90.14.00 - DIÁRIAS - CIVIL	

Modalidade: Não se Aplica	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
Convênio:			
Patrimônio: -	68.010,00	1.035,00	66.975,00

HISTÓRICO

CORRESPONDENTE AO PAGAMENTO DE 9 (NOVE) DIÁRIAS A SERVIDORA LEILA ADRIANA DE OLIVEIRA NASCIMENTO, PARA HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO, DURANTE O TRABALHO REFERENTE A REALIZAÇÕES DE AÇÕES DE PREVENÇÃO AO COVID-19 NA BARREIRA SANITÁRIA NO DISTRITO DE RODA VELHA, NO MUNICÍPIO DE SÃO DESIDÉRIO-BA, NO PERÍODO DE 03 A 11/04/2020. SOB RESPONSABILIDADE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. CONFORME DOCUMENTAÇÃO ANEXA AO PROCESSO.

Data do Empenho: 03/04/2020

Data do Liquidação: 03/04/2020

RETENÇÕES

Código	Descrição	Valor
## Um mil e trinta e cinco reais ##	Valor Retido	0,00
	Valor Líquido	1.035,00

DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

DIÁRIAS	Data Saída	Data Chegada	Quat. de Diárias	Valor R\$
	03/04/2020	11/04/2020	9	115,00

DESDOBRAMENTOS (PCASP)

Código	Descrição	Valor R\$
33211010	LIQUIDAÇÃO DIÁRIAS PESSOAL CIVIL	1.035,00

Declaro que os materiais foram recebidos e/ou serviços prestados em 03/04/2020.

JOSE NEVES BARBOSA
Gestor(a) do FMS
CPF : 467.570.665-72

Declaro que a despesa relativa a nota de empenho supra está liquidada em 03/04/2020, podendo efetuar o pagamento.

JOAO ANTONIO RODRIGUES LINHARES
Secretário de Adm., Planej. Finan. e Orçamento
CPF : 028.352.955-50

2299907



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO DESIDÉRIO

PRAÇA EMERSON BARBOSA - CENTRO

CNPJ: 11.206.254/0001-87 - CEP: - - - SAO DESIDERIO - BA

ORDEM DE PAGAMENTO

PROCESSO ADM: 419-2020

EMPENHO: 717 / 2020

Data do Empenho: 03/04/2020

TIPO DO EMPENHO: Ordinário/Normal

FORNECEDOR

Nome: 195 - LEILA ADRIANA DE OLIVEIRA NASCIMENTO
Endereço: POVOADO PONTE DE MATEUS,
Bairro:
CNPJ:
Conta Corrente: 13659-X
Insc. Estadual:
Agência: 2009-5
Cidade: SAO DESIDERIO
CPF: 013.544.155-23
RG: 1134126492
Estado: BA
Tipo Pessoa: Física
Complemento:
Banco: 001 - BANCO DO BRASIL S.A.

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Reduzido: 2053.3314.2 - ORÇAMENTÁRIO E SUPLEMENTAR
Unidade: 02.07.001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS
Função: 10 - Saúde
Sub-Função: 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa: 002 - MAIS SAÚDE PARA SÃO DESIDÉRIO
Ação: 2.053 - Gestão das Ações do Fundo Munic. de Saúde Rec Próprios
Elemento: 3.3.90.14.00 - Diárias - Civil
Fonte: 2 - Rec. de Impostos e Transf. de Impostos - Saúde 15%
Sub-Elemento: 3.3.90.14.00 - DIARIAS - CIVIL

Modalidade: Não se Aplica

Convênio:

Contrato:

Saldo Anterior

Valor do Empenho

Saldo Atual

Patrimônio: -

68.010,00

1.035,00

66.975,00

HISTÓRICO

CORRESPONDENTE AO PAGAMENTO DE 9 (NOVE) DIARIAS A SERVIDORA LEILA ADRIANA DE OLIVEIRA NASCIMENTO, PARA HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO, DURANTE O TRABALHO REFERENTE A REALIZAÇÕES DE AÇÕES DE PREVENÇÃO AO COVID-19 NA BARREIRA SANITÁRIA NO DISTRITO DE RODA VELHA, NO MUNICÍPIO DE SÃO DESIDÉRIO-BA, NO PERÍODO DE 03 A 11/04/2020. SOB RESPONSABILIDADE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. CONFORME DOCUMENTAÇÃO ANEXA AO PROCESSO.

Data do Empenho: 03/04/2020

Data do Liquidação: 03/04/2020

Data do Pagamento: 03/04/2020

Um mil e trinta e cinco reais

Valor Bruto

1.035,00

Paga-se ao favorecido o valor de R\$ 1.035,00 (Um mil e trinta e cinco reais), proveniente desta nota. Em, 03/04/2020

O processo foi pago conforme a autorização. Em, 03/04/2020

JOSE NEVES BARBOSA
Gestor(a) do FMS
CPF : 467.570.666-72

JOSE CARLOS DE CARVALHO
Prefeito Municipal
CPF : 687.312.805-87

IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA

Nº Conta	Descrição Conta	Nº Agência	Banco	Nº Doc.	Valor
9745-4	FMS - RECURSOS PROPRIOS	2612-3	001 - BANCO DO BRASIL S.A.	013659	1.035,00

RECIBO

Recebemos da(o) FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO DESIDÉRIO a importância supra de R\$ 1.035,00 (Um mil e trinta e cinco reais), conforme especificação constante nesta ordem de pagamento, pela qual damos total quitação.

Pagamento efetuado através do Ordem.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO DESIDÉRIO

Fundo Municipal de Saúde de São Desidério

Praça Emerson Barbosa, 01, CEP 47.820-000, TEL: (0xx77) 3623 - 2145, São Desidério - Bahia.

SOLICITAÇÃO DE DESPESA - SD

PA N° 419

UNIDADE REQUISITANTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

DATA: 03/04/2020

UNIDADE REQUISITANTE:	JOSE NEVES BARBOSA
-----------------------	--------------------

OBJETIVO: Pagamento de diária para o funcionário Leila Adriana de Oliveira Nascimento para hospedagem e alimentação durante o trabalho referente a realizações de ações de prevenção ao COVID-19 na barreira sanitária pelo período de 03 a 11/04/2020 em Roda Velha.

TIPO

Serviços

REGIME

Normal

Sr. Secretário de Adm. Orçamento e Finanças, conforme solicitação de despesa - SD, da Unidade Requisitante acima mencionada, solicito de V. Sª autorização para realizar todos os atos necessários para atender a presente solicitação.

Diretor de Compras

Autorizo o Departamento Municipal de Compras proceder todos os atos Administrativos necessários ao atendimento da solicitação contida neste documento.

João Antonio Rodrigues Linhares
Secretário de Adm., Finanças e Orçamento

() Existe dotação orçamentaria para atender a presente requisição na rubrica.

Unidade Orçamentária:

Atividade / Projeto:

Elemento de Despesa:

Departamento de Planejamento

Determino a Secretaria Municipal de Adm., Finanças e Orçamento por intermédio do Departamento de Compras executar a contratação, empenho e compra dos materiais ou Serviços abaixo delineados.

José Carlos de Carvalho
Prefeito Municipal

Sr. Diretor do Departamento de Compras, solicito de V. S.^a, providências no sentido de encaminhar a compra do Material e/ou Serviço abaixo delineado.

Jose Neves Barbosa
Secretário Municipal de Saude

[illegible]



Prefeitura municipal de São Desidério

CNPJ: 13.655.436/0001-60

Praça Emerson Barbosa nº 01 Centro – Telefone: (0**77) 3623-2145

CEP 47820-000

São Desidério - BAHIA

**FORMULÁRIO DE DIÁRIAS PARA DESPESAS DE HOSPEDAGEM
CONFORME LEI MUNICIPAL 006/93 E DECRETO 035/2009**

SERVIDOR: Leila Adriana de Oliveira Nascimento						
CPF: 013.544.155-23			RG: 11341264-92			
MATRICULA: 3957						
AGENCIA BRASIL: 13659-X			CONTA: 2009-5			
LOTAÇÃO: Secretária Municipal de Saúde			CARGO/FUNÇÃO: Agente de Combate às Endemias			
Transporte Utilizado.	Origem	Destino	Hr Saída	Data Saída	Hr Chegada	Data de Retorno
Carro	São Desidério	Roda Velha	7:00	03/04/2020	18:00	11/04/2020
Motivo: Pagamento de diárias referente a realizações de ações de prevenção ao COVID-19 na barreira sanitária pelo período de 03 a 11/04/2020.						
Período: 03/04 a 11/04/2020		Quantidade: 9		Valor Unitário R\$: 115,00		Adicional R\$:
Valor total R\$: 1.035,00				Valor por extenso: Um mil e trinta e cinco reais		
Autorizo concessão de diária acima discriminada: São Desidério ____/____/____ José Carlos de Carvalho Prefeito Municipal				Recebi o valor acima discriminado e comprometo-me apresentar a comprovação de diárias no prazo legal, sob as penas previstas. São Desidério – Bahia ____/____/____ Leila Adriana de Oliveira Nascimento		

03/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:36:55
261202612 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: PREF MUN DE SAO DESIDERIO
AGENCIA: 2612-3 CONTA: 9.745-4
=====

DATA DA TRANSFERENCIA	03/04/2020
NR. DOCUMENTO	552.009.000.013.659
VALOR TOTAL	1.035,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEILA A O NASCIMENTO	
AGENCIA: 2009-5	CONTA: 13.659-X
NR. DOCUMENTO	552.612.000.009.745
=====	
NR. AUTENTICACAO	2.2DD.F2C.462.1F7.5BE

Transação efetuada com sucesso por: JB508922 JOSE CARLOS DE CARVALHO.