

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JEQUIÉ**

Exercício: 2021

Número: 003607

Data: 14/09/2021

PROCESSO DE PAGAMENTO**EXTRA-ORÇAMENTÁRIO**

Credor: 6030 - CENTRO ODONTOLOGICO CAYRES LTDA
CPF/CNPJ: 10485513000193
Endereço: AVENIDA RIO BRANCO - ATÉ 0806 - LADO PAR - CENTRO
Cidade: JEQUIÉ / BA

Numero Extra: 4599 / 2021
Unidade Orçamentária: 1402 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Fonte de Recurso: 14 - Transf. de Recursos do SUS -
Conta Lcto Extra: 2188101110002004 - PLANOS CAYRES MASTER - SAÚDE

Documento	Histórico	Vir. Despesa	Retenções	Vir. Líquido
2021 - 4599	JSC	200,00	0,00	200,00
Total:		200,00	0,00	200,00

ORIGEM DOS RECURSOS

Conta	Banco	Reduzido/Nome da Conta	Documento	Valor
71584-0	Banco do Brasil S.A.	7853 / BB - C/C 71584-0	4599	200,00
Total:				200,00

Valor 200,00

Pague-se a despesa acima especificada ao(s) favorecido(s).

ISNAIA SOUZA SANTOS

Tesoureiro(a)

ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA
DE SAÚDE - CORONAVÍRUS (COVID-19)
MEDIDA PROVISÓRIA 940 DE 2020



NOTA DE LIQUIDAÇÃO - EXTRA - ORÇAMENTÁRIO

DADOS DO CREDOR

Credor: 6030 - CENTRO ODONTOLOGICO CAYRESLTDA

Endereço: Avenida Rio Branco - até 0806 - lado par

CNPJ/CPF: 10.485.513/0001-93

Cidade: JEQUIE

Estado: BA

DADOS EXTRAS

Unidade: 1402 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Fonte: 14 - Transf. de Recursos do SUS

Conta: 7863 - PLANOS CAYRES MASTER - SAÚDE

Valor: 200,00

Retenções: 0,00

Liquido: 200,00

Histórico: LIQ. FL. PAGTO. UBS COVID - PORT. 2999 REF. MES 08/2021 (EJLB)

A liquidação da despesa foi procedida com base na nota de empenho e no documento apresentado, onde consta a declaração do material e/ou serviço em condições satisfatória

Data: 26/08/2021

Setor Contábil

Face a liquidação processada, autorizo o pagamento acima especificado ao favor do credor ou ao seu procurador.

Data: 26/08/2021

Secretário(a)

10571 Percebe do Santos
Oficial Administrativo
Secretaria Municipal de Saúde - PMS

Policiana Leandro Oliveira
Secretaria Municipal de Saúde
Jequié/BA
Decreto nº 22.080/2021

SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS
RELAÇÃO DE SERVIDOR POR EVENTOS LANÇADOS NA FOLHA DE PAGAMENTO

AGOSTO/2021 à AGOSTO/2021 MENSAL

SECRETARIA
 TODOS

CONTA DE PAGAMENTO
 31768-6 - SAÚDE PAB FIXO

LOTE DE PAGAMENTO
 1101-SAÚDE PAB FIXO: UBS/POSTOS

EVENTOS
 402 - SEGURO CAPEMISA, 406 - MONGERAL, 1436 - BANCO DAYCOVAL 1, 1437 - CARTAO DAYCOVAL, 1440 - SICOOB 3, 1455 - BANCO DAYCOVAL 2, 1468 - BANCO SANTANDER 2, 1469 - BANCO SANTANDER 3, 1456 - BANCO DAYCOVAL 3, 1467 - BANCO SANTANDER 1, 500 - EMPRESTIMO BANCO ITAU, 517 - SINGUARDAS, 518 - MENSALIDADE PREV CASA, 525 - Consignado Bradesco, 544 - ORALE PLANO ODONTOLÓGICO, 550 - BANCO BONSUCESO CONSIGNADO S.A., 560 - BANCO BONSUCESO CONSIGNADO S.A. 2, 561 - BANCO BONSUCESO CONSIGNADO S.A. 3, 562 - DESC. EMP. BANCO BRASIL 2, 1166 - DESCONTO EMPRÉSTIMO BANCO BRASIL 3, 1206 - Banco Panamericano S/A, 1211 - CARTÃO - BONSUCESO CONSIGNADO S.A., 1213 - CARTÃO - BANCO PAN, 1245 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL 2, 1246 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL 3, 417 - APLB, 430 - DESC EMPRESTIMO 1-BANCO BRASIL, 431 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL, 439 - ASSOC GUARDA MUNICIPAL, 440 - DESCONTO SAC, 449 - TAXA SINDICATO ACSJ, 416 - SINDSMUJE, 1249 - CAYRES ODONTO VIP, 1250 - CAYRES ODONTO MASTER, 1261 - Banco Panamericano S/A 2, 1262 - Banco Panamericano S/A 3, 1382 - SICOOB COOPERE, 1404 - SICOOB

CENTRO DE CUSTO
 TODOS

REGIME
 ESTATUTÁRIO, ESTATUTÁRIO/COMISSIONADO

EVENTO						
1250 - CAYRES ODONTO MASTER						
CENTRO DE CUSTO						
1 - PMJ Geral						
VÍNCULO	NOME DO SERVIDOR	CPF	CARGO	MÊS/ANO	REF.	VALOR
1649	CARLA HOHLENWERGER REQUIAO	42898781568	ENFERMEIRO	08/2021	0,00	80,00
277	LILIAN MAGDA SANTOS NEPOMUCENO	65964020534	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	08/2021	0,00	20,00
3276	RITTCHE PIRES SANTOS	00416970575	AGENTE ADMINISTRATIVO	08/2021	0,00	100,00
					TOTAL	200,00
TOTAL DE REGISTROS						3



Emissão de comprovantes

14/09/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:27:24
006000060 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: BA 291800 FMS CUSTEIO SUS
AGENCIA: 0060-4 CONTA: 71.584-0

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	14/09/2021
NR. DOCUMENTO	550.060.000.052.571
VALOR TOTAL	200,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CENTRO ODONTOLOGICO CAYRE
AGENCIA: 0060-4 CONTA: 52.571-5
NR. DOCUMENTO 550.060.000.071.584

=====

NR.AUTENTICACAO	2.623.EF7.9E2.C3D.16D
-----------------	-----------------------