



Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZOLEITE
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: ebbfeffc-65c1-46dd-bbf6-4d37c268166c



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIMIRIM

10.427.619/0001-30

Nota de Subemp

0149/004



Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: https://tce.tce.pe.gov.br/epv/validaDde:seam Código do documento: ebhfeffc-65c1-46dd-bbf6-4437e268166c

Dados do Fornecedor

| | | |
|---------------------------------------|--|------------|
| Código 12 | Nome do Fornecedor IBIPREV-INST. DE PREVIDENCIA SOCIAL SERV. IBIMIRIM | |
| Endereço | Cidade IBIMIRIM | U.F. PE |
| C.N.P.J./C.P.F. 05.259.440/0001-81 | | |

Especificação do Material ou Serviço

| | |
|--|--|
| Descrição do Empenho O VALOR QUE SUBEMPENHA REFERE-SE AO REPASSE DA CONTRIBUIÇÃO PATRONAL DA FOLHA SALARIAL DOS SERVIDORES EFETIVOS LOCADOS NA UMMFD - UNIDADE MISTA MARCOS FERREIRA D'AVILA, PARA O IBIPREV - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIMIRIM, RELATIVO AO MÊS DE ABRIL DE 2019 CONFORME INFORMAÇÕES EM ANEXO. | Valor Bruto R\$ 17.447,70 |
|--|--|

| | | |
|-----------------------|--|------------|
| Código | Classificação da Despesa Empenhada | Ficha: 496 |
| 14 | ENTIDADES SUPERVISIONADAS | |
| 14 01 00 | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | |
| 3.1.91.13.03 | CONTRIBUIÇÃO PATRONAL PARA O REGIME PRÓPRIO - RPPS | |
| 10.302.0018.2083.0000 | GESTÃO DE PESSOAL DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR | |

Dados do Empenho

| | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------|-----------|
| Tipo de Empenho ES - Estimativa | Data da Emissão 30/04/2019 | Vencimento 30/04/2019 | Saldo Anterior: | 17.447,70 |
| Licitação (modalidade) OUTRO NÃO | Nº da Licitação | Processo | Valor do Subempenho: | 17.447,70 |
| Requisição | Documento | | Saldo Atual: | 0,00 |

| | | | |
|------------|----------------------------|----------|--------------------|
| Descontos: | SALÁRIO FAMÍLIA - IBIPREV | 426,40 | Valor Líquido R\$: |
| | SALÁRIO MATERNIDADE - RPPS | 1.197,60 | |
| | | | 15.823,70 |

VALOR A SER PAGO R\$ **15.823,70**
 quinze mil, oitocentos e vinte e três reais e setenta centavos *****

| | | |
|---|---|--|
| Maria Vandelma do Nascimento Coordenadora do Fundo Municipal de Saúde Port. 002/2017 | Atesto que conferi e recebi o(s) material(ais)/serviço(s) Data: 30/04/2019 José Nilton de Carvalho Secretário de Saúde Port. 001/2017 | |
| Liquidado em: Data: 30/04/2019 JOSÉ NILTON DE CARVALHO SECRETÁRIO DE SAÚDE | Pague-se: Data: 30/04/2019 José Nilton de Carvalho Secretário de Saúde Port. 001/2017 | Ord. de Crédito Nº: Data: 30/04/2019 THALES VINÍCIUS BEZERRA INÁCIO TESOUREIRO Portaria.427/2018 |

Cheque Nº: on. line
 Conta: 9.633-8
 Data: 30/04/2019

Recibo
 Recebi(emos) a importância de R\$ 15.823,70 Em: 30/04/2019
 quinze mil, oitocentos e vinte e três reais e setenta centavos *****
 Correspondente ao Crédito discriminado nesta Nota de Empenho e/ou Ordem de Pagamento.
 Documento de identificação: RG nº. _____ Orgão Emissor: _____
 Assinatura: _____
 COMPROVAÇÃO
 EM ANEXO



Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epv/validaDoc.seam> Código do documento: ebbfeffc-65c1-46dd-bbf6-4d37c268166c

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

| | |
|----------------|-------------|
| Nome | FUNDO SAUDE |
| Agência | 1069-3 |
| Conta corrente | 9631-8 |

Creditado

| | |
|----------------|--------------------------|
| Nome | IBIPREV- CONTA MOVIMENTO |
| Agência | 1069-3 |
| Conta corrente | 14687-0 |
| Valor | 15.823,70 |
| Data | Nesta data |

| | | |
|--------------|------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JC560089 THALES VINICIUS BEZ | 30/04/2019 13:06:49 |
| | JB498883 JOSE NILTON CARVALH | 30/04/2019 13:14:10 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB498883 JOSE NILTON CARVALH.

Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAZGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://ctce.tce.pe.gov.br/epv/validaDoc.seam> Código do documento: ebbfefe-65c1-46dd-bbf6-4d37c268166c

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIMIRIM

10.427.619/0001-30

Nota de Subemp

0149/008



Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: https://eicficef.ce.gov.br/epi/validarDoc.seam Código do documento: ebfef665c146d4-bbf6-4437c268166c

Dados do Fornecedor

| | | | |
|---------------------------------------|--|--------------------|------------|
| Código 12 | Nome do Fornecedor IBIPREV-INST. DE PREVIDENCIA SOCIAL SERV. IBIMIRIM | Cidade IBIMIRIM | U.F. PE |
| Endereço | | | |
| C.N.P.J./C.P.F. 05.259.440/0001-81 | | | |

Especificação do Material ou Serviço

| | |
|---|-------------------------------------|
| Descrição do Empenho O VALOR QUE SE SUBEMPENHA REFERE-SE AO REPASSE DA CONTRIBUIÇÃO PATRONAL DA FOLHA SALARIAL DOS SERVIDORES EFETIVOS LOCADOS NA UMMFD - UNIDADE MISTA MARCOS FERREIRA D'AVILA, PARA O IBIPREV - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIMIRIM, RELATIVO AO MÊS DE AGOSTO DE 2019 CONFORME INFORMAÇÕES EM ANEXO. | Valor Bruto R\$ 17.668,50 |
|---|-------------------------------------|

| | | |
|---|--|-----------|
| Código 14 14 01 00 3.1.91.13.03 10.302.0018.2083.0000 | Classificação da Despesa Empenhada ENTIDADES SUPERVISIONADAS FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE CONTRIBUIÇÃO PATRONAL PARA O REGIME PRÓPRIO - RPPS GESTÃO DE PESSOAL DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR | Ficha: 49 |
|---|--|-----------|

Dados do Empenho

| | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------|-----------|
| Tipo de Empenho ES - Estimativa | Data da Emissão 30/08/2019 | Vencimento 30/08/2019 | Saldo Anterior: | 17.668,50 |
| Licitação (modalidade) OUTRO NÃO | Nº da Licitação | Processo | Valor do Subempenho: | 17.668,50 |
| Requisição | Documento | | Saldo Atual: | 0,00 |

| | | | |
|-----------|---|--------------------|--|
| Descontos | SALÁRIO FAMÍLIA - IBIPREV SALÁRIO MATERNIDADE - RPPS | 426,40 1.197,60 | Valor Líquido R\$: 16.044,50 |
|-----------|---|--------------------|--|

VALOR A SER PAGO R\$ **16.044,50**
 dezesseis mil e quarenta e quatro reais e cinquenta centavos *****

| | | | |
|---|--|---|--|
| Maria Vandelma do Nascimento Coordenadora do Fundo Municipal de Saúde Port. 002/2017 | Atesto que conferi e recebi o(s) material(ais)/serviço(s) Data: <u>30/08/2019</u> | | José Nilton de Carvalho Secretário de Saúde Port. 001/2017 |
| Liquidado em: JOSÉ NILTON DE CARVALHO SECRETÁRIO DE SAÚDE | Pague-se: José Nilton de Carvalho Secretário de Saúde Port. 001/2017 | Ord. de Crédito Nº: THALES VINÍCIUS BEZERRA INÁCIO TESOUREIRO Portaria.427/2018 | Data: <u>30/08/2019</u> |

| | |
|---------------------------|---|
| Cheque Nº: <u>On-line</u> | Recibo |
| Conta: <u>9.631-8</u> | Recebi(emos) a importância de R\$ 16.044,50 dezesseis mil e quarenta e quatro reais e cinquenta centavos ***** |
| Data: <u>30/08/2019</u> | Em: <u>30/08/2019</u> |
| | Correspondente ao Crédito discriminado nesta Nota de Empenho e/ou Ordem de Pagamento. |
| | Documento de identificação: RG nº. _____ Órgão Emissor: _____ |
| | Assinatura: _____ CONFORME COMPROVANTE EM ANEXO |



Emissão de comprovantes

G33504130600
04/09/2019

30/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:52:05
106901069 SEGUNDA VIA 0005
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: FUNDO SAUDE
AGENCIA: 1069-3 CONTA: 9.631-8

=====

| | |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 30/08/2019 |
| NR. DOCUMENTO | 551.069.000.014.687 |
| VALOR TOTAL | 16.044,50 |

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IBIPREV- CONTA MOVIMENTO
AGENCIA: 1069-3 CONTA: 14.687-0

NR. DOCUMENTO 551.069.000.009.631

=====

NR.AUTENTICACAO 2.D0E.A5B.0A4.E05.341

Transação efetuada com sucesso por: JC560089 THALES VINICIUS BEZ.

Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LETTE
Assinado em: https://etc.etc.pe.gov.br/epv/validaDoc.seam Código do documento: ebbf6fc-65c1-46dd-bb1f6-4d37c268166c



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIMIRIM

10.427.619/0001-30

Nota de Subempenho

0149/002



Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://efcfece.pe.gov.br/epp/validador.seam> Código do documento: ebbf6fc-691-4d4d-bb6-4d37c268166c

Dados do Fornecedor

| | | | |
|---------------------------------------|--|------------|--|
| Código 12 | Nome do Fornecedor IBIPREV-INST. DE PREVIDENCIA SOCIAL SERV. IBIMIRIM | | |
| Endereço | Cidade IBIMIRIM | U.F. PE | |
| C.N.P.J./C.P.F. 05.259.440/0001-81 | | | |

Especificação do Material ou Serviço

| | |
|--|-------------------------------------|
| Descrição do Empenho O VALOR QUE SE SUBEMPENHA REFERE-SE AO REPASSE DA CONTRIBUIÇÃO PATRONAL DA FOLHA SALARIAL DOS SERVIDORES EFETIVOS LOCADOS NA UMMFD - UNIDADE MISTA MARCOS FERREIRA D'AVILA, PARA O IBIPREV - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIMIRIM, RELATIVO AO MÊS DE FEVEREIRO DE 2019 CONFORME INFORMAÇÕES EM ANEXO. | Valor Bruto R\$ 17.936,06 |
|--|-------------------------------------|

| | | |
|---|--|-----------|
| Código 14 14 01 00 3.1.91.13.03 10.302.0018.2083.0000 | Classificação da Despesa Empenhada ENTIDADES SUPERVISIONADAS FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE CONTRIBUIÇÃO PATRONAL PARA O REGIME PRÓPRIO - RPPS GESTÃO DE PESSOAL DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR | Ficha: 49 |
|---|--|-----------|

Dados do Empenho

| | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------|-----------|
| Tipo de Empenho ES - Estimativa | Data da Emissão 28/02/2019 | Vencimento 28/02/2019 | Saldo Anterior: | 17.936,06 |
| Licitação (modalidade) OUTRO NÃO | Nº da Licitação | Processo | Valor do Subempenho: | 17.936,06 |
| Requisição | Documento | | Saldo Atual: | 0,00 |

| | | | |
|------------|---|--------------------|--|
| Descontos: | SALÁRIO FAMÍLIA - IBIPREV SALÁRIO MATERNIDADE - RPPS | 486,68 1.197,60 | Valor Líquido R\$: 16.251,78 |
|------------|---|--------------------|--|

VALOR A SER PAGO R\$ **16.251,78**
 dezesseis mil, duzentos e cinquenta e um reais e setenta e oito centavos *****

| | | | |
|---|--|--|--|
| Maria Vandelma do Nascimento Coordenadora do Fundo Municipal de Saúde Port. 002/2017 | Atesto que conferi e recebi o(s) material(ais)/serviço(s) Data: ___/___/___ | | José Nilton de Carvalho Secretário de Saúde Port. 001/2017 |
| Liquidado em : JOSÉ NILTON DE CARVALHO SECRETÁRIO DE SAÚDE | Pague-se: Data: José Nilton de Carvalho Secretário de Saúde Port. 001/2017 | Ord. de Crédito Nº: Data: ___/___/___ | THALES VINÍCIUS BEZERRA INÁCIO TESOUREIRO Portaria 427/2018 |

| | | |
|----------------------------|--|-----------------|
| Cheque Nº: <i>04. line</i> | <p align="center">Recibo</p> <p>Recebi(emos) a importância de R\$ 16.251,78 dezesseis mil, duzentos e cinquenta e um reais e setenta e oito centavos *****</p> <p>Correspondente ao Crédito discriminado nesta Nota de Empenho e/ou Ordem de Pagamento. Documento de identificação: RG nº. _____ Orgão Emissor: _____ Assinatura: _____</p> | Em: ___/___/___ |
| Conta: <i>9.631-8</i> | | |
| Data: <i>01/03/2019</i> | | |



Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: ebbfeffc-65c1-46dd-bbf6-4d37c268166c

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

Nome FUNDO SAUDE
Agência 1069-3
Conta corrente 9631-8

Creditado

Nome IBIPREV- CONTA MOVIMENTO
Agência 1069-3
Conta corrente 14687-0
Valor 16.251,78
Data Nesta data

Assinada por JC560089 THALES VINICIUS BEZ 01/03/2019 13:48:12
JB498883 JOSE NILTON CARVALH 01/03/2019 14:44:14

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB498883 JOSE NILTON CARVALH.

Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epv/validaDoc.seam> Código do documento: ebfefc-65c1-46dd-bbf6-4d37e268166c



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIMIRIM

10.427.619/0001-30

Nota de Subempenho

0149/001



Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: https://eccc.ce.gov.br/epp/validar?seamCodigoDoDocumento=ebhfeffc-681461d-0bf6-4d37-c268166c

Dados do Fornecedor

| | | | |
|--|---|-------------------|--|
| Código 12 | Nome do Fornecedor IBIPREV-INST. DE PREVIDENCIA SOCIAL SERV. IBIMIRIM | | |
| Endereço | Cidade IBIMIRIM | U.F. PE | |
| C.N.P.J./C.P.F. 05.259.440/0001-81 | | | |

Especificação do Material ou Serviço

| | |
|---|--|
| Descrição do Empenho O VALOR QUE SE SUBEMPENHA REFERE-SE AO REPASSE DA CONTRIBUIÇÃO PATRONAL DA FOLHA SALARIAL DOS SERVIDORES EFETIVOS LOCADOS NA UMMFD - UNIDADE MISTA MARCOS FERREIRA D'AVILA, PARA O IBIPREV - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIMIRIM, RELATIVO AO MÊS DE JANEIRO DE 2019 CONFORME INFORMAÇÕES EM ANEXO. | Valor Bruto 17.824,44 |
|---|--|

| Código | Classificação da Despesa Empenhada |
|-----------------------|--|
| 14 | ENTIDADES SUPERVISIONADAS |
| 14 01 00 | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE |
| 3.1.91.13.03 | CONTRIBUIÇÃO PATRONAL PARA O REGIME PRÓPRIO - RPPS |
| 10.302.0018.2083.0000 | GESTÃO DE PESSOAL DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR |

Ficha: 486

Dados do Empenho

| | | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------|
| Tipo de Empenho ES - Estimativa | Data da Emissão 30/01/2019 | Vencimento 30/01/2019 | Saldo Anterior: | 17.824,44 |
| Licitação (modalidade) OUTRO NÃO | Nº da Licitação | Processo | Valor do Subempenho: | 17.824,44 |
| Requisição | Documento | | Saldo Atual: | 0,00 |

| | |
|--|---|
| Descontos: SALÁRIO FAMÍLIA - IBIPREV 328,00 | Valor Líquido R\$: 17.496,44 |
|--|---|

VALOR A SER PAGO R\$ 17.496,44
dezessete mil, quatrocentos e noventa e seis reais e quarenta e quatro centavos *****

| | |
|--|---|
| Maria Vandelma do Nascimento Coordenadora do Fundo Municipal de Saúde Port 002/2017 | Atesto que conferi e recebi o(s) material(ais)/serviço(s) Data: ___/___/___ |
| Liquidado em: Data: JOSÉ NILTON DE CARVALHO SECRETÁRIO DE SAÚDE | Pague-se: Data: José Nilton de Carvalho Secretário de Saúde Port 004/2017 |
| | Ord. de Crédito Nº: Data: ___/___/___ Thales Vinicius Bezerra Inácio Chefe de Divisão de Finanças da Secretaria de Saúde Portaria Nº 427/2018 |

Cheque Nº: on-line
Conta: 9.631-8
Data: 30/01/2019

Recibo
 Recebi(emos) a importância de R\$ 17.496,44 **Em:** ___/___/___
dezessete mil, quatrocentos e noventa e seis reais e quarenta e quatro centavos
 Correspondente ao Crédito discriminado nesta Nota de Empenho e/ou Ordem de Pagamento.
 Documento de identificação: RG nº. _____ Órgão Emissor: _____
 Assinatura: _____

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

| | |
|----------------|-------------|
| Nome | FUNDO SAUDE |
| Agência | 1069-3 |
| Conta corrente | 9631-8 |

Creditado

| | |
|----------------|--------------------------|
| Nome | IBIPREV- CONTA MOVIMENTO |
| Agência | 1069-3 |
| Conta corrente | 14687-0 |
| Valor | 17.496,44 |
| Data | Nesta data |

| | | |
|--------------|------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JC560089 THALES VINICIUS BEZ | 30/01/2019 14:25:18 |
| | JB498883 JOSE NILTON CARVALH | 30/01/2019 14:30:18 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB498883 JOSE NILTON CARVALH.

Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://ecefice.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: ebfefc-65c1-46dd-bbf6-4d37c268166c



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIMIRIM

10.427.619/0001-30

Nota de Subemp

0149/007



Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://efcfece.pe.gov.br/epd/validarDoc.seam> Código do documento: ebbfefe-65c1-46dd-bb6-4d37c2681666

Dados do Fornecedor

| | | | |
|---------------------------------------|--|------------|--|
| Código 12 | Nome do Fornecedor IBIPREV-INST. DE PREVIDENCIA SOCIAL SERV. IBIMIRIM | | |
| Endereço | Cidade IBIMIRIM | U.F. PE | |
| C.N.P.J./C.P.F. 05.259.440/0001-81 | | | |

Especificação do Material ou Serviço

| | |
|---|--|
| Descrição do Empenho O VALOR QUE SE SUBEMPENHA REFERE-SE AO REPASSE DA CONTRIBUIÇÃO PATRONAL DA FOLHA SALARIAL DOS SERVIDORES EFETIVOS LOCADOS NA UMMFD - UNIDADE MISTA MARCOS FERREIRA D'AVILA, PARA O IBIPREV - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIMIRIM, RELATIVO AO MÊS DE JULHO DE 2019 CONFORME INFORMAÇÕES EM ANEXO. | Valor Bruto R\$ 17.496,11 |
|---|--|

| | | |
|-----------------------|--|------------|
| Código | Classificação da Despesa Empenhada | Ficha: 496 |
| 14 | ENTIDADES SUPERVISIONADAS | |
| 14 01 00 | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | |
| 3.1.91.13.03 | CONTRIBUIÇÃO PATRONAL PARA O REGIME PRÓPRIO - RPPS | |
| 10.302.0018.2083.0000 | GESTÃO DE PESSOAL DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR | |

Dados do Empenho

| | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------|-----------|
| Tipo de Empenho ES - Estimativa | Data da Emissão 31/07/2019 | Vencimento 31/07/2019 | Saldo Anterior: | 17.496,11 |
| Licitação (modalidade) OUTRO NÃO | Nº da Licitação | Processo | Valor do Subempenho: | 17.496,11 |
| Requisição | Documento | | Saldo Atual: | 0,00 |

| | | | |
|------------|---|------------------|----------------------|
| Descontos: | SALÁRIO FAMÍLIA - IBIPREV SALÁRIO MATERNIDADE - RPPS | 426,40 918,16 | Valor Liquidado R\$: |
| | | | 16.151,55 |

VALOR A SER PAGO R\$ **16.151,55**
 dezesseis mil, cento e cinquenta e um reais e cinquenta e cinco centavos *****

| | |
|---|--|
| Maria Vandelma do Nascimento Coordenadora de Fundo Municipal de Saúde Port. 002/2017 | Atesto que conferi e recebi o(s) material(ais)/serviço(s) Data: <u>14/08/2019</u> José Nilton de Carvalho Secretário de Saúde Port. 001/2017 |
| Liquidado em: Data: <u>31/07/2019</u> JOSÉ NILTON DE CARVALHO SECRETÁRIO DE SAÚDE | Ord. de Crédito Nº: Data: <u>31/07/2019</u> THALES VINÍCIUS BEZERRA INÁCIO TESOUREIRO Portaria.427/2018 |

| | |
|--|---|
| Cheque Nº: <u>on. line</u> Conta: <u>9.631-8</u> Data: <u>31/07/2019</u> | Recibo Recebi(emos) a importância de R\$ 16.151,55 dezesseis mil, cento e cinquenta e um reais e cinquenta e cinco centavos ***** Em: <u>31/07/2019</u> Correspondente ao Crédito discriminado nesta Nota de Empenho e/ou Ordem de Pagamento. Documento de identificação: RG nº. _____ Orgão Emissor: _____ Assinatura: <u>CONFORME COMPROVANTE EM ANEXO</u> |
|--|---|

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

Nome FUNDO SAUDE
Agência 1069-3
Conta corrente 9631-8

Creditado

Nome IBIPREV- CONTA MOVIMENTO
Agência 1069-3
Conta corrente 14687-0
Valor 396,08
Data Nesta data

Assinada por JC560089 THALES VINICIUS BEZ
JB498883 JOSE NILTON CARVALH

16/08/2019 11:54:33
16/08/2019 12:08:53

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB498883 JOSE NILTON CARVALH.

Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://etce/etce/pe.gov.br/epv/validaDoc.seam> Código do documento: ebbfefe-65c1-46dd-bbf6-4d37c268166c

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

| | |
|----------------|-------------|
| Nome | FUNDO SAUDE |
| Agência | 1069-3 |
| Conta corrente | 9631-8 |

Creditado

| | |
|----------------|--------------------------|
| Nome | IBIPREV- CONTA MOVIMENTO |
| Agência | 1069-3 |
| Conta corrente | 14687-0 |
| Valor | 15.755,47 |
| Data | Nesta data |

| | | |
|--------------|------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JC560089 THALES VINICIUS BEZ | 31/07/2019 15:22:15 |
| | JB498883 JOSE NILTON CARVALH | 31/07/2019 15:28:05 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB498883 JOSE NILTON CARVALH.

Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://etec.tce.pe.gov.br/epd/validaDoc.seam> Código do documento: ebbfefe-65c1-46dd-bbf6-4d37e268166c



Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO-LEITE
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epi/validaDoc.seam> Código do documento: ebb7ef1c-65c1-46dd-bbf6-4d37c268166c



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIMIRIM

10.427.619/0001-30

Nota de Subemp

0149/006



Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: https://cte.tee.pe.gov.br/epv/validarDoc.seam Código do documento: ebhfeife-5c1-46dd-b0f6-4d37-268166c

Dados do Fornecedor

| | |
|---------------------------------------|--|
| Código 12 | Nome do Fornecedor IBIPREV-INST. DE PREVIDENCIA SOCIAL SERV. IBIMIRIM |
| Endereço | Cidade IBIMIRIM |
| | U.F. PE |
| C.N.P.J./C.P.F. 05.259.440/0001-81 | |

Especificação do Material ou Serviço

| | |
|---|--|
| Descrição do Empenho O VALOR QUE SE SUBEMPENHA REFERE-SE AO REPASSE DA CONTRIBUIÇÃO PATRONAL DA FOLHA SALARIAL DOS SERVIDORES EFETIVOS LOCADOS NA UMMFD - UNIDADE MISTA MARCOS FERREIRA D'AVILA, PARA O IBIPREV - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIMIRIM, RELATIVO AO MÊS DE JUNHO DE 2019 CONFORME INFORMAÇÕES EM ANEXO. | Valor Bruto R\$ 16.985,07 |
|---|--|

| | |
|-----------------------|--|
| Código | Classificação da Despesa Empenhada |
| 14 | ENTIDADES SUPERVISIONADAS |
| 14 01 00 | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE |
| 3.1.91.13.03 | CONTRIBUIÇÃO PATRONAL PARA O REGIME PRÓPRIO - RPPS |
| 10.302.0018.2083.0000 | GESTÃO DE PESSOAL DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR |

Ficha: 49

Dados do Empenho

| | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------|-----------|
| Tipo de Empenho ES - Estimativa | Data da Emissão 28/06/2019 | Vencimento 28/06/2019 | Saldo Anterior: | 16.985,07 |
| Licitação (modalidade) OUTRO NÃO | Nº da Licitação | Processo | Valor do Subempenho: | 16.985,07 |
| Requisição | Documento | | Saldo Atual: | 0,00 |

| | | |
|--------------------------------------|--------|--------------------|
| Descontos: SALÁRIO FAMÍLIA - IBIPREV | 440,14 | Valor Líquido R\$: |
| | | 16.544,93 |

VALOR A SER PAGO R\$ **16.544,93**
 dezesseis mil, quinhentos e quarenta e quatro reais e noventa e três centavos * * * * *

| | |
|--|---|
| Maria Vandelma do Nascimento Coordenadora do Fundo Municipal de Saúde Port 002/2017 | Atesto que conferi e recebi o(s) material(ais)/serviço(s) Jose Nilton de Carvalho Secretário de Saúde Port 001/2017 Data: <u>28/06/2019</u> |
| Liquidado em: Data: <u>28/06/2019</u> JOSÉ NILTON DE CARVALHO SECRETÁRIO DE SAÚDE | Pague-se: Data: <u>28/06/2019</u> Jose Nilton de Carvalho Secretário de Saúde Port 001/2017 |
| | Ord. de Crédito Nº: <u>001/2019</u> Data: <u>28/06/2019</u> THALES VINÍCIUS BEZERRA INÁCIO TESOUREIRO Portaria.427/2018 |

| | |
|--|--|
| Cheque Nº: <u>On. line</u> Conta: <u>9.631-8</u> Data: <u>28/06/2019</u> | <p style="text-align: center;">Recibo</p> Recebi(emos) a importância de R\$ 16.544,93 Em: <u>28/06/2019</u> dezesseis mil, quinhentos e quarenta e quatro reais e noventa e três centavos * * Correspondente ao Crédito discriminado nesta Nota de Empenho e/ou Ordem de Pagamento. Documento de identificação: RG nº. _____ Órgão Emissor: _____ Assinatura: <u>CONFORME COMPROVANTE EM ANEXO</u> |
|--|--|



Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epv/validaDoc.seam> Código do documento: ebb7efc-65c1-46dd-bbf6-4d37c268166c



28/06/2019 - BANCO DO BRASIL - 13:00:40
106901069 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: FUNDO SAUDE
AGENCIA: 1069-3 CONTA: 9.631-8

=====

| | |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 28/06/2019 |
| NR. DOCUMENTO | 551.069.000.014.687 |
| VALOR TOTAL | 16.544,93 |

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IBIPREV- CONTA MOVIMENTO
AGENCIA: 1069-3 CONTA: 14.687-0

NR. DOCUMENTO 551.069.000.009.631

=====

| | |
|------------------|-----------------------|
| NR. AUTENTICACAO | 5.2C2.CFF.0FE.49E.607 |
|------------------|-----------------------|

Transação efetuada com sucesso por: JC560089 THALES VINICIUS BEZ.

Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://ctce.tce.pe.gov.br/epp/validadoc.seam> Código do documento: ebhffc-65c1-46dd-bbf6-4d37c268166c



Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: ebbf6ffc-65c1-46dd-bbf6-4d37e268166c

[Faint, illegible handwritten text or bleed-through from the reverse side of the page]



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIMIRIM

10.427.619/0001-30

Nota de Subempenho

0149/005



Documento Assinado Digitalmente por EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://efc-e-ice-pe.gov.br/epp/validador.aspx?seamCodigo=documento:ebhfeffc-6a61-46fd-bb6-4d37c2681666>

Dados do Fornecedor

| | | | |
|---------------------------------------|--|------------|--|
| Código 12 | Nome do Fornecedor IBIPREV-INST. DE PREVIDENCIA SOCIAL SERV. IBIMIRIM | | |
| Endereço | Cidade IBIMIRIM | U.F. PE | |
| C.N.P.J./C.P.F. 05.259.440/0001-81 | | | |

Especificação do Material ou Serviço

| | |
|---|--|
| Descrição do Empenho O VALOR QUE SE SUBEMPENHA REFERE-SE AO REPASSE DA CONTRIBUIÇÃO PATRONAL DA FOLHA SALARIAL DOS SERVIDORES EFETIVOS LOCADOS NA UMMFD - UNIDADE MISTA MARCOS FERREIRA D'AVILA, PARA O IBIPREV - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIMIRIM, RELATIVO AO MÊS DE MAIO DE 2019 CONFORME INFORMAÇÕES DA FOLHA EM ANEXO. | Valor Bruto R\$ 17.312,48 |
|---|--|

| | | |
|-----------------------|--|-----------|
| Código | Classificação da Despesa Empenhada | Ficha: 49 |
| 14 | ENTIDADES SUPERVISIONADAS | |
| 14 01 00 | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | |
| 3.1.91.13.03 | CONTRIBUIÇÃO PATRONAL PARA O REGIME PRÓPRIO - RPPS | |
| 10.302.0018.2083.0000 | GESTÃO DE PESSOAL DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR | |

Dados do Empenho

| | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------|-----------|
| Tipo de Empenho ES - Estimativa | Data da Emissão 30/05/2019 | Vencimento 30/05/2019 | Saldo Anterior: | 17.312,48 |
| Licitação (modalidade) OUTRO NÃO | Nº da Licitação | Processo | Valor do Subempenho: | 17.312,48 |
| Requisição | Documento | | Saldo Atual: | 0,00 |

| | | |
|------------|-------------------------------------|--------------------|
| Descontos: | SALÁRIO FAMÍLIA - IBIPREV 426,40 | Valor Liquido R\$: |
| | SALÁRIO MATERNIDADE - RPPS 1.197,60 | |
| | | 15.688,48 |

VALOR A SER PAGO R\$ 15.688,48
quinze mil, seiscentos e oitenta e oito reais e quarenta e oito centavos *****

| | |
|---|--|
| Maria Vandelma do Nascimento Coordenadora do Fundo Municipal de Saúde Port. 002/2017 | Atesto que conferi e recebi o(s) material(ais)/serviço(s) José Nilton de Carvalho Secretário de Saúde Port. 001/2017 Data: 04/06/2019 |
| Liquidado em: Data: 04/06/2019 JOSÉ NILTON DE CARVALHO SECRETÁRIO DE SAÚDE | Pague-se: Data: 04/06/2019 José Nilton de Carvalho Secretário de Saúde Port. 001/2017 |
| | Ord. de Crédito Nº: Data: 04/06/2019 THALES VINÍCIUS BEZERRA INÁCIO TESOUREIRO Portaria.427/2018 |

Cheque Nº: on-line
 Conta: 9.631-8
 Data: 04/06/2019

Recibo
 Recebi(emos) a importância de R\$ 15.688,48 Em: 04/06/2019
quinze mil, seiscentos e oitenta e oito reais e quarenta e oito centavos *****
 Correspondente ao Crédito discriminado nesta Nota de Empenho e/ou Ordem de Pagamento.
 Documento de identificação: RG nº. _____ Órgão Emissor: _____
 Assinatura: **CONFORME COMPROVANTE EM ANEXO**



Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epv/validaDoc.seam> Código do documento: ebbfeffc-65c1-46dd-bbf6-4d37c268166c

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

| | |
|----------------|-------------|
| Nome | FUNDO SAUDE |
| Agência | 1069-3 |
| Conta corrente | 9631-8 |

Creditado

| | |
|----------------|--------------------------|
| Nome | IBIPREV- CONTA MOVIMENTO |
| Agência | 1069-3 |
| Conta corrente | 14687-0 |
| Valor | 15.688,48 |
| Data | Nesta data |

| | | |
|--------------|------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JC560089 THALES VINICIUS BEZ | 04/06/2019 13:29:01 |
| | JB498883 JOSE NILTON CARVALH | 04/06/2019 14:09:43 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB498883 JOSE NILTON CARVALH.

Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAÇA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://ctce.tce.pe.gov.br/epv/validaDoc.seam> Código do documento: ebfefc-65c1-46dd-bbf6-4d37e268166c



Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: ebbfefe-65c1-46dd-bbf6-4d37c268166c



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIMIRIM

10.427.619/0001-30

Nota de Subempenho

0149/003



Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: https://efcfe.tce.pe.gov.br/ppp/validarDoc.seam?codigo_documento=ebbfefc95c146dd-bbf6-4d37c268166c

Dados do Fornecedor

| | |
|---------------------------------------|--|
| Código 12 | Nome do Fornecedor IBIPREV-INST. DE PREVIDENCIA SOCIAL SERV. IBIMIRIM |
| Endereço | Cidade IBIMIRIM |
| C.N.P.J./C.P.F. 05.259.440/0001-81 | U.F. PE |

Especificação do Material ou Serviço

| | |
|---|--|
| Descrição do Empenho O VALOR QUE SE SUBEMPENHA REFERE-SE AO REPASSE DA CONTRIBUIÇÃO PATRONAL DA FOLHA SALARIAL DOS SERVIDORES EFETIVOS LOCADOS NA UMMFD - UNIDADE MISTA MARCOS FERREIRA D'AVILA, PARA O IBIPREV - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIMIRIM, RELATIVO AO MÊS DE MARÇO DE 2019 CONFORME INFORMAÇÕES EM ANEXO. | Valor Bruto R\$ 17.304,22 |
|---|--|

| Código | Classificação da Despesa Empenhada |
|-----------------------|--|
| 14 | ENTIDADES SUPERVISIONADAS |
| 14 01 00 | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE |
| 3.1.91.13.03 | CONTRIBUIÇÃO PATRONAL PARA O REGIME PRÓPRIO - RPPS |
| 10.302.0018.2083.0000 | GESTÃO DE PESSOAL DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR |

Ficha: 456

Dados do Empenho

| | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------|-----------|
| Tipo de Empenho ES - Estimativa | Data da Emissão 29/03/2019 | Vencimento 29/03/2019 | Saldo Anterior: | 17.304,22 |
| Licitação (modalidade) OUTRO NÃO | Nº da Licitação | Processo | Valor do Subempenho: | 17.304,22 |
| Requisição | Documento | | Saldo Atual: | 0,00 |

| | | | | |
|------------|---|--------------------|--------------------|------------------|
| Descontos: | SALÁRIO FAMÍLIA - IBIPREV SALÁRIO MATERNIDADE - RPPS | 472,94 1.197,60 | Valor Líquido R\$: | 15.633,68 |
|------------|---|--------------------|--------------------|------------------|

VALOR A SER PAGO R\$ **15.633,68**
 quinze mil, seiscentos e trinta e três reais e sessenta e oito centavos *****

| | |
|---|--|
| Maria Vandelma do Nascimento Coordenadora do Fundo Municipal de Saúde Port. 002/2017 | Atesto que conferi e recebi o(s) material(ais)/serviço(s) Data: ___/___/___ José Nilton de Carvalho Secretário de Saúde Port. 001/2017 |
| Liquidado em: Data: JOSÉ NILTON DE CARVALHO SECRETÁRIO DE SAÚDE | Pague-se: Data: José Nilton de Carvalho Secretário de Saúde Port. 001/2017 |
| | Ord. de Crédito Nº: Data: ___/___/___ THALES VINÍCIUS BEZERRA INÁCIO TESOUREIRO Portaria.427/2018 |

Cheque Nº: *on-line*

Conta: *9.631-8*

Data: *29/03/2019*

Recibo

Recebi(emos) a importância de R\$ 15.633,68 Em: ___/___/___
quinze mil, seiscentos e trinta e três reais e sessenta e oito centavos *****

Correspondente ao Crédito discriminado nesta Nota de Empenho e/ou Ordem de Pagamento.

Documento de identificação: RG nº. _____ Órgão Emissor: _____

Assinatura: _____



Transferência entre contas diversas

Debitado

| | |
|----------------|-------------|
| Nome | FUNDO SAUDE |
| Agência | 1069-3 |
| Conta corrente | 9631-8 |

Creditado

| | |
|----------------|--------------------------|
| Nome | IBIPREV- CONTA MOVIMENTO |
| Agência | 1069-3 |
| Conta corrente | 14687-0 |
| Valor | 15.633,68 |
| Data | Nesta data |

| | | |
|--------------|------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JC560089 THALES VINICIUS BEZ | 29/03/2019 14:54:52 |
| | JB498883 JOSE NILTON CARVALH | 29/03/2019 14:56:52 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB498883 JOSE NILTON CARVALH.

Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epi/validaDoc.seam> Código do documento: ebbfefe-65c1-46dd-bbf6-4d37c268166c



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIMIRIM

10.427.619/0001-30

Nota de Subempenho

0149/010



Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: https://cte.ice.pe.gov.br/epp/validar?oc=seam Código do documento: ebbf6fe9c1-46dd-b6f6-4d37-2681f6c

Dados do Fornecedor

| | |
|---------------------------------------|--|
| Código 12 | Nome do Fornecedor IBIPREV-INST. DE PREVIDENCIA SOCIAL SERV. IBIMIRIM |
| Endereço | Cidade IBIMIRIM |
| C.N.P.J./C.P.F. 05.259.440/0001-81 | U.F. PE |

Especificação do Material ou Serviço

| | |
|--|--|
| Descrição do Empenho O VALOR QUE SE SUBEMPENHA REFERE-SE AO REPASSE DA CONTRIBUIÇÃO PATRONAL DA FOLHA SALARIAL DOS SERVIDORES EFETIVOS LOCADOS NA UMMFD - UNIDADE MISTA MARCOS FERREIRA D'AVILA, PARA O IBIPREV - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIMIRIM, RELATIVO AO MÊS DE NOVEMBRO DE 2019 CONFORME INFORMAÇÕES EM ANEXO. | Valor Bruto R\$ 17.734,45 |
|--|--|

| Código | Classificação da Despesa Empenhada |
|-----------------------|--|
| 14 | ENTIDADES SUPERVISIONADAS |
| 14 01 00 | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE |
| 3.1.91.13.03 | CONTRIBUIÇÃO PATRONAL PARA O REGIME PRÓPRIO - RPPS |
| 10.302.0018.2083.0000 | GESTÃO DE PESSOAL DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR |

Ficha: 406

Dados do Empenho

| | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------|-----------|
| Tipo de Empenho ES - Estimativa | Data da Emissão 29/11/2019 | Vencimento 29/11/2019 | Saldo Anterior: | 17.734,45 |
| Licitação (modalidade) OUTRO NÃO | Nº da Licitação | Processo | Valor do Subempenho: | 17.734,45 |
| Requisição | Documento | | Saldo Atual: | 0,00 |

| | | |
|--------------------------------------|-------|--------------------|
| Descontos: SALÁRIO FAMÍLIA - IBIPREV | 32,80 | Valor Líquido R\$: |
| | | 17.701,65 |

VALOR A SER PAGO R\$ **17.701,65**
 dezessete mil, setecentos e um reais e sessenta e cinco centavos *****

| | |
|---|---|
| Maria Vandeima do Nascimento Coordenadora do Fundo Municipal de Saúde Port. 002/2017 | Atesto que conferi e recebi o(s) material(ais)/serviço(s) José Nilton de Carvalho Secretário de Saúde Port. 001/2017 Data: <u>29/11/2019</u> |
| Liquidado em : Data: <u>29/11/2019</u> JOSÉ NILTON DE CARVALHO SECRETÁRIO DE SAÚDE | Pague-se: Data: <u>29/11/2019</u> José Nilton de Carvalho Secretário de Saúde Port. 001/2017 |
| | Ord. de Crédito Nº: Data: <u>29/11/2019</u> THALES VINÍCIUS BEZERRA INÁCIO TESOUREIRO Portaria.427/2018 |

| | |
|---|---|
| Cheque Nº: <u>on. line</u> Conta: <u>9-631-8</u> Data: <u>29/11/2019</u> | Recibo Recebi(emos) a importância de R\$ 17.701,65 Em: <u>29/11/2019</u> dezessete mil, setecentos e um reais e sessenta e cinco centavos ***** Correspondente ao Crédito discriminado nesta Nota de Empenho e/ou Ordem de Pagamento. Documento de identificação: RG nº. _____ Órgão Emissor: _____ Assinatura: _____ CONFORME COMPROVANTE EM ANEXO |
|---|---|



Transferência entre contas diversas

Debitado

| | |
|----------------|-------------|
| Nome | FUNDO SAUDE |
| Agência | 1069-3 |
| Conta corrente | 9631-8 |

Creditado

| | |
|----------------|--------------------------|
| Nome | IBIPREV- CONTA MOVIMENTO |
| Agência | 1069-3 |
| Conta corrente | 14687-0 |
| Valor | 17.701,65 |
| Data | Nesta data |

| | | |
|--------------|------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JC560089 THALES VINICIUS BEZ | 29/11/2019 13:26:40 |
| | JB498883 JOSE NILTON CARVALH | 29/11/2019 13:58:52 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB498883 JOSE NILTON CARVALH.

Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: https://ctce.tce.pe.gov.br/epv/validarDoc.seam Código do documento: ebfefc-65c1-46dd-bbf6-4d37e268166c



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIMIRIM

10.427.619/0001-30

Nota de Subempenho

0149/009



Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://etce.rde.pe.gov.br/epp/validarDocumento.aspx?Codigo=documento:ebbfefc-65e1-46dd-bb16-4d37268166c>

Dados do Fornecedor

| | | | |
|---------------------------------------|--|------------|--|
| Código 12 | Nome do Fornecedor IBIPREV-INST. DE PREVIDENCIA SOCIAL SERV. IBIMIRIM | | |
| Endereço | Cidade IBIMIRIM | U.F. PE | |
| C.N.P.J./C.P.F. 05.259.440/0001-81 | | | |

Especificação do Material ou Serviço

| | |
|--|-------------------------------------|
| Descrição do Empenho O VALOR QUE SE SUBEMPENHA REFERE-SE AO REPASSE DA CONTRIBUIÇÃO PATRONAL DA FOLHA SALARIAL DOS SERVIDORES EFETIVOS LOCADOS NA UMMFD - UNIDADE MISTA MARCOS FERREIRA D'AVILA, PARA O IBIPREV - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIMIRIM, RELATIVO AO MÊS DE OUTUBRO DE 2019 CONFORME INFORMAÇÕES EM ANEXO. | Valor Bruto R\$ 17.865,68 |
|--|-------------------------------------|

| | | |
|---|--|-----------|
| Código 14 14 01 00 3.1.91.13.03 10.302.0018.2083.0000 | Classificação da Despesa Empenhada ENTIDADES SUPERVISIONADAS FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE CONTRIBUIÇÃO PATRONAL PARA O REGIME PRÓPRIO - RPPS GESTÃO DE PESSOAL DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR | Ficha: 49 |
|---|--|-----------|

Dados do Empenho

| | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------|-----------|
| Tipo de Empenho ES - Estimativa | Data da Emissão 30/10/2019 | Vencimento 30/10/2019 | Saldo Anterior: | 17.865,68 |
| Licitação (modalidade) OUTRO NÃO | Nº da Licitação | Processo | Valor do Subempenho: | 17.865,68 |
| Requisição | Documento | | Saldo Atual: | 0,00 |

| | | | | |
|------------|---|--------------------|--------------------|------------------|
| Descontos: | SALÁRIO FAMÍLIA - IBIPREV SALÁRIO MATERNIDADE - RPPS | 459,20 1.197,60 | Valor Líquido R\$: | 16.208,88 |
|------------|---|--------------------|--------------------|------------------|

VALOR A SER PAGO R\$ 16.208,88
dezesseis mil, duzentos e oito reais e oitenta e oito centavos *****

| | | | |
|---|--|--|-------------------------|
| Maria Vandelma do Nascimento Coordenadora do Fundo Municipal de Saúde Port. 002/2017 | Atesto que conferi e recebi o(s) material(ais)/serviço(s) Data: <u>30/10/2019</u> | | |
| José Nilton de Carvalho SECRETÁRIO DE SAÚDE | José Nilton de Carvalho Secretário de Saúde Port. 001/2017 | Ord. de Crédito Nº: | Data: <u>30/10/2019</u> |
| | | THALES VINÍCIUS BEZERRA INÁCIO TESOUREIRO Portaria.427/2018 | |

| | | |
|----------------------------|---|-----------------------|
| Cheque Nº: <u>on. line</u> | Recibo | |
| Conta: <u>9.631-8</u> | Recebi(emos) a importância de R\$ 16.208,88 | Em: <u>30/10/2019</u> |
| Data: <u>30/10/2019</u> | dezesseis mil, duzentos e oito reais e oitenta e oito centavos ***** | |
| | Correspondente ao Crédito discriminado nesta Nota de Empenho e/ou Ordem de Pagamento. | |
| | Documento de identificação: RG nº. _____ Orgão Emissor: _____ | |
| | Assinatura: <u>CONFORME COMPROVANTE EM ANEXO</u> | |



Transferência entre contas diversas

Debitado

| | |
|----------------|-------------|
| Nome | FUNDO SAUDE |
| Agência | 1069-3 |
| Conta corrente | 9631-8 |

Creditado

| | |
|----------------|--------------------------|
| Nome | IBIPREV- CONTA MOVIMENTO |
| Agência | 1069-3 |
| Conta corrente | 14687-0 |
| Valor | 16.208,88 |
| Data | Nesta data |

| | | |
|--------------|------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JC560089 THALES VINICIUS BEZ | 30/10/2019 14:02:50 |
| | JB498883 JOSE NILTON CARVALH | 30/10/2019 14:54:12 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB498883 JOSE NILTON CARVALH.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IBIMIRIM

10.427.619/0001-30

Nota de Subempenho

0547/001



Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://efcfe.ce.gov.br/epm/validarDocumento.seam> Código do documento: ebbf5f6c-69e1-46dd-b0b6-4d37c268166c

Dados do Fornecedor

| | |
|---------------------------------------|--|
| Código 12 | Nome do Fornecedor IBIPREV-INST. DE PREVIDENCIA SOCIAL SERV. IBIMIRIM |
| Endereço | Cidade IBIMIRIM |
| | U.F. PE |
| C.N.P.J./C.P.F. 05.259.440/0001-81 | |

Especificação do Material ou Serviço

| | |
|--|--|
| Descrição do Empenho O VALOR QUE SE SUBEMPENHA REFERE-SE AO REPASSE DA CONTRIBUIÇÃO PATRONAL DA FOLHA SALARIAL DOS SERVIDORES EFETIVOS LOCADOS NA UMMFD - UNIDADE MISTA MARCOS FERREIRA D'AVILA, PARA O IBIPREV - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE IBIMIRIM, RELATIVO AO MÊS DE SETEMBRO DE 2019 CONFORME INFORMAÇÕES EM ANEXO. | Valor Bruto R\$ 17.664,35 |
|--|--|

| | | |
|-----------------------|--|------------------|
| Código | Classificação da Despesa Empenhada | Ficha: 49 |
| 14 | ENTIDADES SUPERVISIONADAS | |
| 14 01 00 | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | |
| 3.1.91.13.03 | CONTRIBUIÇÃO PATRONAL PARA O REGIME PRÓPRIO - RPPS | |
| 10.302.0018.2083.0000 | GESTÃO DE PESSOAL DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR | |

Dados do Empenho

| | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------|-----------|
| Tipo de Empenho OR - Ordinário | Data da Emissão 30/09/2019 | Vencimento 30/09/2019 | Saldo Anterior: | 17.664,35 |
| Licitação (modalidade) OUTRO NÃO | Nº da Licitação | Processo | Valor do Subempenho: | 17.664,35 |
| Requisição | Documento | | Saldo Atual: | 0,00 |

| | | | | |
|------------|---|--------------------|--------------------|-----------|
| Descontos: | SALÁRIO FAMÍLIA - IBIPREV SALÁRIO MATERNIDADE - RPPS | 486,68 1.197,60 | Valor Líquido R\$: | 15.980,07 |
|------------|---|--------------------|--------------------|-----------|

VALOR A SER PAGO R\$ **15.980,07**
 quinze mil, novecentos e oitenta reais e sete centavos *****

| | |
|---|---|
| Maria Vandelma do Nascimento Coordenadora do Fundo Municipal de Saúde Port. 002/2017 | Atesto que conferi e recebi o(s) material(ais)/serviço(s) Data: <u>30/09/2018</u> José Nilton de Carvalho Secretário de Saúde Port. 001/2017 |
| Liquidado em: <u>30/09/2018</u> JOSÉ NILTON DE CARVALHO SECRETÁRIO DE SAÚDE | Pague-se: <u>30/09/2018</u> José Nilton de Carvalho Secretário de Saúde Port. 001/2017 |
| | Ord. de Crédito Nº: <u>001</u> Data: <u>30/09/2018</u> THALES VINÍCIUS BEZERRA INÁCIO TESOUREIRO Portaria.427/2018 |

Cheque Nº: on. Line
 Conta: 23.627.6
 Data: 30/09/2018

Recibo
 Recebi(emos) a importância de R\$ 15.980,07 Em: 30/09/2018
 quinze mil, novecentos e oitenta reais e sete centavos *****
 Correspondente ao Crédito discriminado nesta Nota de Empenho e/ou Ordem de Pagamento.
 Documento de identificação: RG nº. _____ Órgão Emissor: _____
 Assinatura: CONFORME COMPROVANTE EM ANEXO

**Debitado**

| | |
|----------------|---------------------------|
| Nome | PE 260660 FMS CUSTEIO SUS |
| Agência | 1069-3 |
| Conta corrente | 23627-6 |

Creditado

| | |
|----------------|--------------------------|
| Nome | IBIPREV- CONTA MOVIMENTO |
| Agência | 1069-3 |
| Conta corrente | 14687-0 |
| Valor | 15.980,07 |
| Data | Nesta data |

| | | |
|--------------|------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JC560089 THALES VINICIUS BEZ | 30/09/2019 13:49:10 |
| | JB498883 JOSE NILTON CARVALH | 30/09/2019 14:35:58 |

[Transação efetuada com sucesso.](#)

Transação efetuada com sucesso por: JB498883 JOSE NILTON CARVALH.

Documento Assinado Digitalmente por: EMERSON BRAGA DIONIZIO LEITE
Acesse em: <https://etc.etc.pe.gov.br/epv/validaDoc.seam> Código do documento: ebbfeffc-65c1-46dd-bbf6-4d37c268166c