

Estado do(a) BAHIA  
FMS DE MUQUEM DO SÃO FRANCISCO



EXERCÍCIO 2020

PROCESSO DE PAGAMENTO Nº 1227

DATA: 01/07/2020

Lic/Disp/Inex PA.N 021/2020FMS

CREDOR: ANGELA DE QUEIROZ ALMEIDA

VALOR BRUTO R\$	1.229,12
VALOR DAS DEDUÇÕES R\$	61,46
VALOR LÍQUIDO R\$	1.167,66

DOTAÇÃO:	0207001	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
	2081	Enfrentamento da Emergência COVID 19
	3390360000	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física
	0214	Transf. Fundo a Fundo Rec. do SUS Custeio Federal

BANCO	N. CONTA	NOME DA CONTA	DOCMTO	VALOR
BANCO DO BRASIL S.A.	26782 - 1	FMS - CUSTEIO SUS	24272	1.167,66

**FMS DE MUQUEM DO SÃO FRANCISCO**

PRAÇA JAIME OLIVEIRA DO AMOR, S/N  
CENTRO  
MUQUEM DO SAO FRANCISCO - BA  
CNPJ: 10.489.279/0001-72

**NOTA DE SUBEMPENHO**

Proc. Adm:	Empenho: 630 / 1687	Exerc.: 2020	Tipo: GLOBAL	Crédito: Orçamentário e Suplementar
------------	---------------------	--------------	--------------	-------------------------------------

CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	DADOS COMPLEMENTARES
Unidade: 0207001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO Função: 10 - SAÚDE Sub-Função: 122 - ADMINISTRAÇÃO GERAL Programa: 005 - MUQUEM DO SÃO FRANCISCO - SAÚDE PARA TODOS Ação: 2081 - Enfrentamento da Emergência COVID 19 Elemento: 3.3.9.0.36.00.00 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física Fonte 0214 - Transf. Fundo a Fundo Rec. do SUS Custeio Federal	Modalidade: PA.N 021/2020FMS - Inexigibilidade de Licitação Contrato: Convênio: Cat. da Despesa: 33903699 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física Incorporação: Desp. de Pessoal:

Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual	Saldo Anterior do Empenho	SubEmpenho	Saldo Atual do Empenho
23.400,36	23.353,28	47,08	23.353,28	1.229,12	22.124,16

CREDOR		
R.Social/Nome: 26956 - ANGELA DE QUEIROZ ALMEIDA	Endereço: RUA CHICO MENDES S/N	
C.N.P./CPF: 020.970.181-14	R.G.: 2939424	Bairro: CENTRO
I.M.:	I.E.:	Cidade/UF: MUQUEM DO SAO FRANCISCO / BA
Banco:	Agência:	Conta:

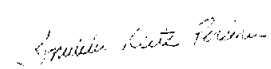
**HISTÓRICO / ESPECIFICAÇÃO DA DESPESA**

VALOR QUE SE EMPENHA PARA ATENDER DESPESAS COM OS SERVIÇOS PRESTADOS COMO ENFERMEIRA NA SALA DOS SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIA DO COVID-19 NA UNIDADE DE SAÚDE DR.OTTO ALENCAR NA SEDE DO MUNICÍPIO, CONFORME CONTRATO DE Nº035/2020.FMS.REF AO PAGAMENTO DE 10 DIAS TRABALHADOS NO MES DE JUNHO.

Itens do Empenho						
Item	Código	Descrição	Unidade	Quantidade	Valor Único	Valor Total

Data do Empenho: 19/06/2020

Valor: 23.353,28 ( Vinte e Tres Mil Trezentos e Cinquenta e Tres Reais e Vinte e Oito Centavos)

AUTORIZO O EMPENHO DA DESPESA SUPRA MENCIONADA EM: 19/06/2020   _____ INALDA LEITE PEREIRA CPF: 976.120.905-97 Secretária de Saúde	DECLARO QUE A IMPORTÂNCIA SUPRA FOI DEDUZIDA DO CRÉDITO PRÓPRIO EM: 19/06/2020   _____ MÁRCIO WOLNEY NOVAES SOARES CRC-BA 026192/O-0 Contador
--	--

**FMS DE MUQUEM DO SÃO FRANCISCO**

PRAÇA JAIME OLIVEIRA DO AMOR, S/N  
CENTRO  
MUQUEM DO SAO FRANCISCO - BA  
CNPJ: 10.489.279/0001-72

**NOTA DE LIQUIDAÇÃO**

Proc. Adm:	Empenho: 630 / 1687	Liq: 2783	Exerc.: 2020	Tipo: Global	Crédito: Orçamentário e Suplementar
------------	---------------------	-----------	--------------	-----------------	-------------------------------------

CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	DADOS COMPLEMENTARES
Unidade: 0207001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO Função: 10 - SAÚDE Sub-Função: 122 - ADMINISTRAÇÃO GERAL Programa: 005 - MUQUEM DO SÃO FRANCISCO - SAÚDE PARA TODOS Ação: 2081 - Enfrentamento da Emergência COVID 19 Elemento: - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física Fonte: 0214 - Transf. Fundo a Fundo Rec. do SUS Custeio Federal	Modalidade: PA.N 021/2020FMS - Inexigibilidade de Licitação Contrato: Convênio: Cat. da Despesa: 33903699 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física Incorporação: Desp. de Pessoal:

Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual	Saldo Anterior do Empenho	SubEmpenho	Saldo Atual do Empenho
23.400,36	23.353,28	47,08	23.353,28	1.229,12	22.124,16

**CREDOR**

R.Social/Nome: 26956 - ANGELA DE QUEIROZ ALMEIDA      Endereço: RUA CHICO MENDES S/N  
C.N.P.J/CPF: 020.970.181-14      R.G.: 2939424      Bairro: CENTRO  
I.M.:      I.E.:      Cidade/UF: MUQUEM DO SAO FRANCISCO / BA  
Banco:      Agência:      Conta:

**HISTÓRICO / ESPECIFICAÇÃO DA DESPESA**

VALOR QUE SE EMPENHA PARA ATENDER DESPESAS COM OS SERVIÇOS PRESTADOS COMO ENFERMEIRA NA SALA DOS SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIA DO COVID-19 NA UNIDADE DE SAÚDE DR.OTTO ALENCAR NA SEDE DO MUNICÍPIO, CONFORME CONTRATO DE Nº035/2020.FMS.REF AO PAGAMENTO DE 10 DIAS TRABALHADOS NO MES DE JUNHO.

Data do Empenho: 19/06/2020      Data do Sub Empenho: 19/06/2020      Data da Liquidação: 30/06/2020

Valor Bruto: 1.229,12      Valor Bruto por Extenso: Um Mil Duzentos e Vinte e Nove Reais e Doze Centavos

**RETENÇÃO**

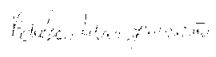
1180231000002 - ISS - Principal - FMS      61,46  
Total da Retenção:      61,46

**DOCUMENTO COMPROBATÓRIO: DOCUMENTOS DIVERSOS**

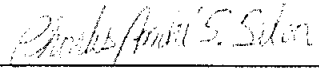
Número do Documento: 035/2020 - Matrícula: - Data de Emissão: 30/06/2020      1.229,12  
Total do Documento:      1.229,12


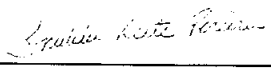
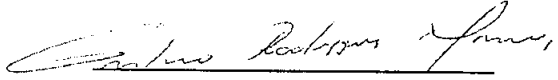
Valor Líquido: 1.167,66 ( Um Mil Cento e Sessenta e Sete Reais e Sessenta e Seis Centavos)

DECLARO QUE ESTE MATERIAL(AIS) FOI(RAM) RECEBIDO(S) E REGISTRADO(S) NO LIVRO PRÓPRIO QUE O(S) SERVIÇO FOI(RAM) PRESTADO(S) CONFORME DOC. COMPROBATÓRIO ANEXO.

  
ADEILSON ALVES GUIMARÃES  
CPF: 940.914.555-49  
Aux. Administrativo

DECLARO QUE A DESPESA RELATIVA À NOTA DE EMPENHO SUPRA ESTÁ LIQUIDADADA, PODENDO EFETUAR O PAGAMENTO.

  
CHARLES ANDRÉ SACRAMENTO DA SILVA  
CPF: 009.042.255-42  
Aux. Administrativo

FMS DE MUQUEM DO SÃO FRANCISCO						
 <p>PRAÇA JAIME OLIVEIRA DO AMOR, S/N CENTRO MUQUEM DO SAO FRANCISCO - BA CNPJ: 10.489.279/0001-72</p>						
<b>NOTA DE PAGAMENTO</b>						
Proc. Adm:	Empenho: 630 / 1687	Exerc.: 2020	Tipo: Global	Crédito: Orçamentário e Suplementar		
CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA			DADOS COMPLEMENTARES			
Unidade: 0207001 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO Função: 10 - SAÚDE Sub-Função: 122 - ADMINISTRAÇÃO GERAL Programa: 005 - MUQUEM DO SÃO FRANCISCO - SAÚDE PARA TODOS Ação: 2081 - Enfrentamento da Emergência COVID 19 Elemento: 3.3.9.0.36.00.00 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física Fonte 0214 - Transf. Fundo a Fundo Rec. do SUS Custeio Federal			Modalidade: PA.N 021/2020FMS - Inexigibilidade de Licitação Contrato: Convênio: Cat. da Despesa: 33903699 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física Incorporação: Desp. de Pessoal:			
Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual	Saldo Anterior do Empenho	SubEmpenho	Saldo Atual do Empenho	
23.485,36	23.353,28	132,08	23.353,28	1.229,12	22.124,16	
<b>CREADOR</b>						
R.Social/Nome: 26956 - ANGELA DE QUEIROZ ALMEIDA			Endereço: RUA CHICO MENDES S/N			
C.N.P.J/CPF: 020.970.181-14		R.G.: 2939424	Bairro: CENTRO			
I.M.:		I.E.:	Cidade/UF: MUQUEM DO SAO FRANCISCO / BA			
Banco:		Agência:	Conta:			
<b>HISTÓRICO / ESPECIFICAÇÃO DA DESPESA</b>						
VALOR QUE SE EMPENHA PARA ATENDER DESPESAS COM OS SERVIÇOS PRESTADOS COMO ENFERMEIRA NA SALA DOS SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIA DO COVID-19 NA UNIDADE DE SAÚDE DR.OTTO ALENCAR NA SEDE DO MUNICÍPIO, CONFORME CONTRATO DE Nº035/2020.FMS.REF AO PAGAMENTO DE 10 DIAS TRABALHADOS NO MES DE JUNHO.						
DATA EMPENHO: 19/06/2020 - DATA DO SUB EMPENHO: 19/06/2020 DATA LIQUIDAÇÃO: 30/06/2020 DATA PAGAMENTO: 01/07/2020						
Valor Bruto: 1.229,12		Valor Bruto por Extenso: Um Mil Duzentos e Vinte e Nove Reais e Doze Centavos				
Nº DO PROCESSO DE PAGAMENTO:						
CÓDIGO	BANCO	AGÊNCIA	CONTA	DOCUMENTO	FONTE	VALOR
001	BANCO DO BRASIL S.A.	0817 - 6	26782-1 - FMS - CUSTEIO SUS	24272	0214	1.167,66
Total Pago:						1.167,66
Pague-se a quantia de R\$ 1.229,12 ( Um Mil Duzentos e Vinte e Nove Reais e Doze Centavos)			Foi paga a importância autorizada			
 INALDA LEITE PEREIRA CPF: 976.120.905-97 Secretária de Saúde			 GIULIANO RODRIGUES MARIANO 890.119.105-91 Tesoureiro			

Empenho: 630 /

1687



## CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº. 035/2020 FMS

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, pessoa jurídica de Direito Público, inscrito no CNPJ 10.489.279/0001-72, com sede na Praça Jaime Oliveira do Amor, S/N, Centro, deste Município, representado neste ato pela Secretária de Saúde Sr<sup>a</sup>. **INALDA LEITE PEREIRA**, brasileira, Casada, portadora do RG: 3.482.881 SSP/DF e inscrita no CPF: 976.120.905-97, residente na Rua Marechal Castelo Branco, 339 Centro – Ibotirama – BA, a seguir denominado CONTRATANTE, e o Sra. **ANGELA DE QUEIROZ ALMEIDA**, inscrito no CPF sob o nº 020.970.181-14, portador do RG nº. 2939424 SSP/DF residente e domiciliado na Rua chico mendes,31, centro, Muquém do São Francisco - Bahia, a seguir denominado (o) CONTRATADO (A), acorda e ajusta firmar o presente CONTRATO, nos termos da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, suas alterações e legislações, definidoras dos direitos, obrigações e responsabilidades das partes, de acordo com o PA nº. 021/2020 FMS de Inexigibilidade nº 009/2020 FMS.

### CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

O presente Contrato tem por objeto a contratação de pessoa física em caráter Excepcional e temporário emergencial de saúde pública, para atuar como Enfermeira na Sala dos **SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIA DO COVID 19** na Unidade de Saúde da sede de Muquem de São Francisco, perfazendo um total de 40h(quarenta) horas semanais.

**Parágrafo – Único** – Integra o presente contrato, o processo de **Inexigibilidade nº 009/2020 FMS**, originário do processo Administrativo nº 021/2020 FMS, bem como os pareceres que reconhecem a inexigibilidade conforme o disposto no art. 25, inciso II, da Lei 8.666/93.

### CLÁUSULA SEGUNDA – REGIME DE EXECUÇÃO

O Presente Contrato realizado sob o regime de empreitada por preço global, sendo regido pelas normas da Lei 8.666 de 21 de junho de 1993 e suas alterações, nos termos do art. 25, combinado com o art. 13 e em conformidade com a **Inexigibilidade de Licitação nº 009/2020 FMS**.

### CLÁUSULA TERCEIRA – VALOR CONTRATUAL E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

Pela prestação dos serviços descritos na **clausula primeira**, a CONTRATANTE, pagará á CONTRATADA o valor total global de **R\$ 23.353,28 (vinte e três mil trezentos e cinquenta e três reais e vinte e oito centavos)** dividido em 06 (seis) parcelas mensais de **R\$ 3.687,36 (três mil seiscientos e oitenta e sete reais e trinta e seis centavos)** e **R\$ 1.229,12 (Um mil duzentos e vinte e nove reais e doze centavos)** referente a **10 (dez dias trabalhados no mês de junho)** pagamentos estes que serão efetuados até o decimo dia do mês subsequente a prestação dos serviços mediante depósito/transferência bancaria na **Agencia 0817-6, conta 24.272-1, indicada pelo contratado.**

**Paragrafo Primeiro** – Em havendo atraso de pagamentos dos serviços já prestados, será acrescido ao valor deste o equivalente a 0,1% por dia útil de atraso, a titulo de compensação e penalização.

**Paragrafo Segundo** – Em havendo possibilidade de antecipação de pagamentos, somente aplicável a obrigações adimplidas, a CONTRATANTE, fás jus a desconto na mesma proporção prevista no paragrafo anterior.

**Paragrafo Terceiro** – Do valor total supracitado, **30% (trinta por cento)** refere-se a despesas com insumos.

### CLÁUSULA QUARTA – DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTARIAS

As despesas decorrentes do presente contrato serão efetuadas a conta das seguintes Dotações Orçamentarias:

<b>Unidade Orçamentária:</b>	<b>02.07.001 – FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE E SANEAMENTO – FMS;</b>
<b>Projeto Atividade:</b>	2.081 – Enfrentamentos da Emergência COVID 19
<b>Elemento de Despesas:</b>	3.3.9.0.36.00.00 – Outros Serviços de Terceiro-Pessoa Fisica;
<b>Fonte de Recurso:</b>	0214 - Transf. Fundo a Fundo Rec. do SUS

### CLÁUSULA QUINTA – DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente contrato poderá ser modificado ou alterado, mediante termo aditivo devidamente subscrito pelas partes contratantes..

### CLÁUSULA SEXTA – DIREITOS E RESPONSABILIDADES DAS PARTES

**Parágrafo Primeiro** – Constituem direitos da CONTRATANTE receber os serviços, objeto desse contrato nas condições avençadas e da CONTRATADA perceber o valor na forma e no prazo convencionados.

*Angela*



**Parágrafo Segundo** – Constituem Obrigações da CONTRATADA:

- a) Prestar os serviços na forma ajustada;
- b) Arcar com as despesas de deslocamento, estadia e alimentação (insumos);
- c) Atender os encargos trabalhistas, previdenciários e fiscais decorrentes da execução do presente contrato.

**Parágrafo Terceiro** – Constituem Obrigações da CONTRATANTE:

- a) Efetuar o pagamento ajustado;
- b) Dar á contratada as condições necessárias a regular execução do contrato.

**CLÁUSULA SÉTIMA – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO CONTRATUAL**

Em caso de não cumprimento injustificado será aplicado à CONTRATADA multa moratória do valor equivalente a 20% (vinte por cento) sobre o valor total em atraso, por dia útil excedente ao respectivo prazo.

**CLÁUSULA OITAVA – RESCISÃO**

O presente contrato poderá ser rescindido por qualquer das partes a renuncia-lo, a qualquer tempo, mediante aviso prévio, com no mínimo 30 (trinta) dias de antecedência ou caso ocorra quaisquer dos fatos elencados no art. 78 e seguintes da Lei 8.666/93.

**Parágrafo Único** – A CONTRATADA reconhece os direitos da CONTRATANTE, em caso de rescisão administrativa prevista no art. 77 da Lei 8.666/93 e pelos preceitos de direito público, aplicando - lhe supletivamente, os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

**CLÁUSULA NONA – DA VIGÊNCIA DO CONTRATO**

O presente contrato terá prazo de vigência da data de assinatura até 31 de dezembro de 2020.

**CLÁUSULA DÉCIMA – DOS CASOS OMISSOS**

Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei 8.666/93 e dos princípios gerais do direito.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO**

Fica eleito o foro da comarca de Ibotirama – Bahia para dirimir dúvidas ou questões oriundas do presente contrato.

E, por estarem acordes e contratados, assinam o presente contrato, em 02 (duas) vias de igual teor, na presença de 02 (duas) testemunhas que a tudo estiveram presentes.

Muquém do São Francisco, 19 de Junho de 2020.

Inalda Leite Pereira  
Secretaria de Saúde  
CONTRATANTE

ANGELA DE QUEIROZ ALMEIDA  
CPF: 020.970.181-14  
CONTRATADO (A)

**Testemunhas:**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Curso: Bacharelado em Enfermagem  
Reconhecido: Portaria n.º 079/2010 – CEE/MT  
de 23/12/2010 – D.O.E. 14/01/2011.

Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT

Diploma Registrado pela UNEMAT sob n.º 577

Livro: 01 - Enfermagem FLS: 0394

Processo n.º 129193 - Solares de acordo

com a competência estabelecida pela LDB n.º 9394/96 e legislação do

Sistema Estadual de Ensino, especialmente a Portaria n.º 002/2012

GAB/CEEMT de 20/03/2012 – D.O.E. 21/03/2012.

Cáceres – MT, 24 de Abril de 2013

*Aniré de Jesus Brito*

Sup. de Exp. e Reg. de Diplomas  
de Graduação e Pós-Graduação  
Port. n.º 483/2013 – UNEMAT



UNEMAT  
AV. S. M. DE SAZARBUENA  
CÁCERES - MT  
CEP: 78.000-000  
FONE: (67) 3361-1000  
FAX: (67) 3361-1001  
E-MAIL: unemat@unemat.edu.br  
www.unemat.edu.br

951436





Ourocard



4984 5331 8844 2203

ALGEM. O. ALM. 01/24  
0817-6 24-272-1





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA  
ARTIFERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1478988684

REGISTRO	05289981515
VALIDADE	06/08/2022
HABILITAÇÃO	18/07/2013

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1478988684

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1478988684

TOCANTINS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 Conselho Federal de Enfermagem  
 Inscrição - COREN BA 000.369.970

ENFERMEIRA

NOME CIVIL  
 ANGELA DE QUEIROZ ALMEIDA



NATURALIDADE / UF / NACIONALIDADE  
 IBOTIRAMA  
 BA  
 BRASILEIRA

*Após duas horas após a Faltas*

RESIDENTE

V 14822859

FILIAÇÃO  
 ASSUERES DE OLIVEIRA  
 ALMEIDA  
 ALAIDE DE QUEIROZ ALMEIDA



CPF DATA DE CASSÃO  
 020.970.181-14 30/08/2018

DATA DE NASCIMENTO DATA DE VALIDADE  
 05/11/1988 30/08/2023

IDENTIDADE  
 2889424



ORGAO EMISSOR  
 SSP/DF

*Angela de Queiroz Almeida*

ASSINA PARA O PROFISSIONAL

VÁLIDA EM TODOS TERRITÓRIOS NACIONAIS

VALOR DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE  
 R\$ 12,00 (Doze reais)  
 Nº 12.124.000/0001/0001

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

REPÚBLICA REPUBLICANA DO BRASIL

DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DPT - INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

90

ASSINATURA DO TITULAR

Angela de Queiroz Almeida




CARTEIRA DE IDENTIDADE

MEMBRADA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.939.424

DATA DE EXPEDIÇÃO 16-07-2008

NOME ANGELA DE QUEIROZ ALMEIDA

FILIAÇÃO Assures de Oliveira Almeida

NATURALIDADE Iboitama-BA

DOC. ORIGEM C. Nasc. Nº 12875, FLS. 121v, Ltv. A-12, Iboitama-BA

CPF 020.970.181-14

DATA DE NASCIMENTO 05-11-1988

INSCRIÇÃO Nº 7.116 DE 28/08/83

MEMBRADA

**Código Automático**  
Matrícula  
**102017395**

Mês/Ano dv Cidade dv Inscrição  
10/2019 0 0676 9 01.0021.1.0037.0000.0

**Vencimento**  
**13/10/2019**

Nome/Endereço para entrega

VERANEDE ALMEIDA SILVA  
RU CHICO MENDES, 31  
MUQUEM SAO FRANCISCO CENTRO CEP -- 47.115-000

Nº Hidrômetro	Cód. Leitura	Leitura Atual	Leitura Anterior	Dias de Cons.	Período de Consumo
A18S223471		138	128	34	14/08 A 17/09
Endereço da Ligação				Data da Leitura	Data da Fatura
RU CHICO MENDES, 31		CENTRO		17/09	17/09/2019

MUQUEM SAO FRANCISCO  
Especificação

Valores em R\$

CONS. AGUA	1003	34,62
ESGOTO		27,69
MULTA REPER.	CNTAIS: 07/2019	2,15
JURCS DE MORA	CNTAIS: 07/2019	1,22

Tarifa RES-UB-1

Faixas de Consumo (m³) VL Unit (R\$) X Cons. (m³) X UC = Valor (R\$)

RESIDENCIAL	1	UNIDADE
ATE	6	10,90
	4	4,72

**TOTAL A PAGAR EM R\$**

**65,68**

ESGOTO(% água) VL. Total

TOTAL A PAGAR	34,62	0,00	34,62
TOTAL ESGOTO		80	27,69

INFORMAÇÕES DE CONTRIBUIÇÃO	IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO R\$	%	VALOR EM R\$
	PIS		64,46	1,200
COFINS			5,560	3,58

ESTE CREDITO FOI CEDIDO AO BNDES REF CONTRATO DE CESSAO FIDUCIARIA DE DIREITOS CREDITORIOS DE 28/06/2018

EXISTE(M) DÉBITO(S)  
2019 - AGOSTO

ESTA CONTA NÃO QUER DÉBITOS ANTERIORES

**embasa**

**NOTA FISCAL / CONTA DE ÁGUA E/OU ESGOTO**

CNPJ 13.504.675/0001-10 INSC EST 00865571  
Centro Administrativo da Bahia - CAD, 4ª Av. Nº 420 - CEP 41.745-002

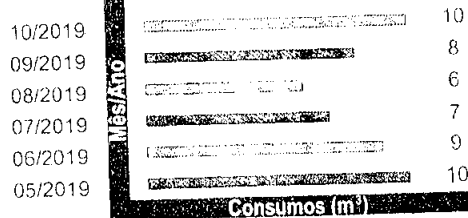
Cidade dv Inscrição  
0676 9 01.0021.1.0037.0000.0

Código Débito Automático  
Matrícula  
**102017395**

Mês/Ano dv  
10/2019 0

**VENCIMENTO TOTAL A PAGAR EM R\$**  
**13/10/2019 65,68**

Consumo dos últimos meses



ECONOMIZE AGUA - UMA TORNEIRA PINGANDO DURANTE UM MES REPRESENTA UM ACRESCIMO DE 1380 LITROS

DECRETO FEDERAL Nº 5.440/2005

Padrão da Portaria MS 2914-2011	Nº de Amostras - Reõe	Nº de Amostras - Reõe	
		Exigidas	Analisadas
Parâmetros			Em conformidade
Cor - 15 UH	0010	0007	0007
Turbidez - 5,0 UT	0010	0007	0007
Cloro - Min. 0,2 mg/l	0010	0013	0013
Escherichia Coli - (*)	0010	0013	0013
Coliformes Termotolerantes - Ausente	0010	0013	0013

Água fluorada com teor máximo permitido de até 1,5mg/L de flúor (\*\*)  
**Significado dos parâmetros de qualidade da água**

Cor: ocorre devido a partículas dissolvidas na água.  
Turbidez: ocorre devido a partículas em suspensão que deixam a água com aparência turva.  
Cloro: produto químico utilizado para eliminar bactérias.  
Coliformes Totais: indicador utilizado para medir contaminação por bacterias.  
Escherichia Coli (\*\*): indicador utilizado para medir contaminação fecal.  
Flúor (\*\*): produto químico adicionado à água para prevenir cáries dentárias.

(\*) Sistemas que analisam 40 amostras/mês, ausência em 95% das amostras examinadas.

(\*\*) Sistemas que analisam menos de 40 amostras/mês, apenas uma amostra poderá apresentar mensalmente resultado positivo.

(\*\*\*) Alguns sistemas podem não estar sendo fluorados. Obs: Detectadas anormais, medidas corretivas são adotadas para o retorno à normalidade.

UH= Unidade de Cor UT= Unidade de Turbidez

CONDIÇÕES GERAIS DE PRESTACAO DE SERVIÇOS: LEI FEDERAL 11.445/07, LEI ESTADUAL 11.172/08, DECRETO 7.765/00 E RESOLUCAO N 001/11 - CORESAB.

Unidades de Consumo - UC (Apartamentos/casas/salas) 0001  
Consumo Médio por Unidade (m³) 10  
Consumo Médio Mensal / Ligação 10

**O ATRASO DO PAGAMENTO DESTA CONTA IMPLICARÁ NA SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS CONFORME LEI FEDERAL 11.445/07 E DECRETO FEDERAL 7.217/10.**

CANHOTO PROCESSADO EM LEITURA ÓTICA. EVITE DANIFICÁ-LO.



## Emissão de comprovantes

01/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:33:27  
081700817 SEGUNDA VIA 0013

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: BA 292225 FMS CUSTEIO SUS  
AGENCIA: 0817-6 CONTA: 26.782-1

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	01/07/2020
NR. DOCUMENTO	550.817.000.024.272
VALOR TOTAL	1.167,66

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANGELA DE QUEIROZ ALMEIDA  
AGENCIA: 0817-6 CONTA: 24.272-1  
NR. DOCUMENTO 550.817.000.026.782

=====

NR. AUTENTICACAO	F.53E.7C2.324.1E7.709
------------------	-----------------------

Transação efetuada com sucesso por: J8699122 GIULIANO RODRIGUES MARIANO.