

**PREFEITURA MUNICIPAL DOM BOSCO-MG**  
**NOTA DE EMPENHO N°= 1287/2021-001 0**

O ordenador da despesa, para efeito da execução orçamentária, determina que seja empenhada neste exercício a importância abaixo discriminada.

**Orçamento de: 2021 Tipo: Ordinário Data: 31/05/2021 Ficha: 000529**

Órgão.....: 02 - PODER EXECUTIVO  
Unidade.....: 02.06 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SubUnidade.....: 02.06.01 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
Classif. Orçamentária: 10.122.1001.1166 - Enfrentamento da Emergência COVID 19  
Elemento da Despesa...: 3.1.90.04.99 - Outros  
Fonte de Recurso.....: 1.54.00 - Outras Transferências de Recursos do SUS  
Tipo Despesa: 100 - Folha de Pagamento Saúde: 103 - Recursos do SUS

**Credor...: FOLHA DE PAGAMENTO** Número: 1  
Endereço.: PRAÇA ELIANE DE QUEIROZ DA N°: 25 Bairro: ALTO DA BOA VIS CEP: 38.654-000  
Cidade...: DOM BOSCO - MG CNPJ...: 04.289.800/0001.25  
Banco ...: 000 Agência ...: Conta ...: -

Pela presente fica empenhada a importância de R\$ .....2.170,48  
Dois mil, cento e setenta reais e quarenta e oito centavos.....

Hist.: Valor referente a remuneração dos servidores municipais, lotados nesta seção, conforme folha de pagamento do respectivo mês.

Licitação.: Não se Aplica Processo N°.: \_\_\_\_\_

Data: 31/05/2021 Ordenador da Despesa: \_\_\_\_\_

*MICHAELY MONIK CARDOSO*  
CPF: 076.214.906-08 / SECRETARIO MUN. DE S

Sendo o saldo da dotação orçamentária o abaixo demonstrado:

SALDO ANTERIOR ...: .....2.477,57	:	VALOR LIQUIDADO ..: .....2.170,48
VALOR EMPENHADO ..: .....2.170,48	:	DESCONTO ..: .....138,98
SALDO ATUAL ..: .....307,09	:	VALOR LIQUIDO ...: .....2.031,50
TOTAL EMPENHADO ..: .....2.170,48	:	SALDO A LIQUIDAR ..: .....0,00
VALOR A LIQUIDAR ..: .....2.170,48	:	

Data: 31/05/2021 Contador(a)/Contabilista: \_\_\_\_\_  
ANTONIO MESSIAS CORREA  
CRC: TC 067856/O-4 / TEC. CONTABILIDADE

A liquidação N° 001, no valor R\$ .....2.170,48, da despesa a que se refere a presente NOTA DE EMPENHO, foi procedida com base no documento apresentado, onde demonstra a entrega do material ou efetivação do serviço prestado.

Data: 31/05/2021 Assinatura: \_\_\_\_\_

Data p/ Pagto: 30/06/2021

*Pollyanna Borges*  
POLLYANNA BORGES  
CPF: 115.212.936-86 / LIQUIDANTE

Face a liquidação acima autorizo o pagamento desta importância ao favorecido.

Data: 31/05/2021 Assinatura: \_\_\_\_\_

*MICHAELY MONIK CARDOSO*  
MICHAELY MONIK CARDOSO  
CPF: 076.214.906-08 / SECRETARIO MUN. DE S

Recebi(emos) a importância de R\$ .....2.031,50, Dois mil, trinta e um reais e cinquenta centavos.....  
referente a despesa acima mencionada, da qual e dada plena quitação.

**PAGAMENTO BANCÁRIO**

01/06/2021  
Data

Identidade/CPF/CGC

Assinatura do Credor ou seu Procurador

BANCO: Caixa  
Usuário: cleudoaldo

CONTA: 624024-1

RECURSO

CHEQUE: 1287.001

DATA: / /



UF: MINAS GERAIS  
 MUNICÍPIO: DOM BOSCO  
 ENTIDADE: PREFEITURA MUNICIPAL

F O L H A D E P A G A M E N T O

01 jun 2021 07:55

FOLHA: 2

REFERENCIA: 31/MAIO/2021  
 TIPO CÁLCULO: 06-RESCISÃO CONTRATUAL

EMPRESA: PREFEITURA MUNICIPAL

MATRÍCULA	NOME DO SERVIDOR	NÍVEL/ PADRÃO - FUNÇÃO	REF.	PROVENTOS	ADMISSÃO	SITUAÇÃO	LÍQUIDO
VERBA	TIPO DESCRICAO				DESCONTOS		

LOTAÇÃO: 004 - MUNICIPIO DE DOM BOSCO  
 004.006 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
 004.006.003 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE RECURSO - SUS  
 004.006.003.00022 - COVID-19 CONTRATO

001044 / 0	LUCIENE APARECIDA DE BARCELOS	VI / 05	- FISC.MUN.SANITARIO	01/04/2021	CONTRATADO	
101	D	VENCIMENTO	193,33	1.510,65		
119	D	ATESTADO MEDICO = OU	1,00	52,09		
148	D	FERIAS PROPORCIONAIS	2,00	260,46		
151	D	DECIMO TERCEIRO SALA	2,00	260,46		
180	D	1/3 FERIAS INDENIZAD	3,00	86,82		
201	D	I.N.S.S.	1,00		119,45	
206	D	INSS 13 SALARIO	1,00		19,53	
TOTAL.....:				2.170,48	138,98	2.031,50

Total da Base do I.N.S.S.:	1.771,11	Total da Base do I.P.S.E.M.G.:	0,00	
Total do I.N.S.S. Funcional:	138,98	Total do I.P.S.E.M.G. Funcional:	0,00	
Total do I.N.S.S. Patronal:	381,31	Total do I.P.S.E.M.G. Patronal:	0,00	
Total da Base Previdência Própria:	0,00	Total da Base do I.R.R.F.:	1.443,29	
Total da Previdência Própria Funcional:	0,00	Total do Abono Família:	0,00	
Total da Previdência Própria Patronal:	0,00	Total do Salário Família:	0,00	
Total da Base Previdência Própria 13:	0,00	Total do Salário Maternidade INSS:	0,00	
Total da Previdência Própria Funcional 13:	0,00	Total do Salário Maternidade Prev. Própria:	0,00	
Total da Previdência Própria Patronal 13:	0,00	Total da Base do I.R.R.F. 13:	0,00	
TOTAL FUNCIONARIOS ....:		1		
TOTAL LOTACAO .....		2.170,48	138,98	2.031,50

R E S U M O G E R A L

Total da Base do I.N.S.S.:	5.871,44	Total da Base do I.P.S.E.M.G.:	0,00	
Total do I.N.S.S. Funcional:	495,72	Total do I.P.S.E.M.G. Funcional:	0,00	
Total do I.N.S.S. Patronal:	1.264,12	Total do I.P.S.E.M.G. Patronal:	0,00	
Total da Base Previdência Própria:	0,00	Total da Base do I.R.R.F.:	4.072,93	
Total da Previdência Própria Funcional:	0,00	Total do Abono Família:	0,00	
Total da Previdência Própria Patronal:	0,00	Total do Salário Família:	0,00	
Total da Base Previdência Própria 13:	0,00	Total do Salário Maternidade INSS:	0,00	
Total da Previdência Própria Funcional 13:	0,00	Total do Salário Maternidade Prev. Própria:	0,00	
Total da Previdência Própria Patronal 13:	0,00			
TOTAL GERAL FUNCIONARIOS .....		2		
TOTAL GERAL DA FOLHA DE PAGAMENTO ...:		7.878,78	550,14	7.328,64





UF: MINAS GERAIS  
 MUNICÍPIO: DOM BOSCO  
 ENTIDADE: PREFEITURA MUNICIPAL

RELAÇÃO CONTÁBIL EXERCÍCIO 2021  
 TIPO CÁLCULO: 06-RESCISÃO CONTRATUAL  
 REFERENCIA: MAIO/2021

01 jun 2021 08:03  
 FOLHA: 3

DESCRIÇÃO DA VERBA	LOTAÇÃO	CREDOR	HISTÓRICO	VALOR BRUTO	VALOR DESCONTO
FICHA: 00529 - Contratações por Tempo Determinado					
Unid. Orçamentária.: 02.06.01 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE					
Programa de Trabalho: 10.122.1001.1166 - Enfrentamento da Emergência COVID 19					
Elemento de Despesa.: 3.1.90.04.99 - Outros					
Fonte de Recurso.....: 1.54.00 - Outras Transferências de Recursos do SUS					
SubFonte de Recurso.: 00-Outras Transferências de Recursos do SUS					
V.P.D.....: 3.1.1.2.1.01.01 - VENCIMENTOS E SALÁRIOS					
VENCIMENTO	004.006.003.00022	00001	00001	1.510,65	
ATESTADO MEDICO = OU < 15 DIAS	004.006.003.00022	00001	00001	52,09	
FERIAS PROPORCIONAIS	004.006.003.00022	00002	00007	260,46	
DECIMO TERCEIRO SALARIO	004.006.003.00022	00001	00001	260,46	
1/3 FERIAS INDENIZADAS	004.006.003.00022	00002	00007	86,82	
I.N.S.S.	004.006.003.00022	00001	00001		119,45
		<b>TOTAL.....:</b>			<b>119,45</b>
INSS 13 SALARIO	004.006.003.00022	00001	00001		19,53
		<b>TOTAL.....:</b>			<b>19,53</b>
		<b>TOTAL DA FICHA.:</b>		<b>2.170,48</b>	<b>138,98</b>

TOTAL RECEITA.....:	54,42
ORÇAMENTÁRIO BRUTO.....:	7.878,78
ORÇAMENTÁRIO DESCONTO.....:	550,14
ORÇAMENTÁRIO LÍQUIDO.....:	7.328,64
SALÁRIO MATERNIDADE I.N.S.S.....:	0,00
SALÁRIO MATERNIDADE PREV. ESTADUAL..:	0,00
SALÁRIO MATERNIDADE PREV. MUNICIPAL.:	0,00
SALÁRIO FAMÍLIA.....:	0,00
ABONO FAMÍLIA.....:	0,00

**RESUMO FONTES DE RECURSOS**

1.00.00 - Recursos Ordinários.....:	6.591,10
1.54.00 - Outras Transferências de Recursos do SUS:	2.551,80

**Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Via Internet Banking CAIXA

<b>Tipo de TED:</b>	TED para terceiros
<b>Conta origem:</b>	0942 / 006 / 00624024-1
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	FMS DOM BOSCO
<b>CPF/CNPJ:</b>	13.317.364/0001-41

<b>Banco:</b>	001 - BANCO DO BRASIL 0000000 - 00000000
<b>Tipo de conta:</b>	01 - Conta Corrente
<b>Conta destino:</b>	4425 / 00000007024-6
<b>Tipo de pessoa:</b>	JURÍDICA
<b>Nome:</b>	PREFEITURA MUNICIPAL DE DOM BOSCO
<b>CPF/CNPJ:</b>	01.602.782/0001-00
<b>Valor:</b>	R\$ 17.792,36
<b>Valor da tarifa:</b>	R\$ 0,00
<b>Finalidade:</b>	04 - Pagamento de Salários
<b>Identificação da operação:</b>	04 PAGAMENTO DE SALARIO
<b>Histórico:</b>	FOLHA DE PAGAMENTO

<b>Data de débito:</b>	01/06/2021
<b>Data / Hora da operação:</b>	01/06/2021 10:45:21

<b>Código da operação:</b>	00145362
<b>Chave de segurança:</b>	TQQ1Y7Y4ECG6ZLNA

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 60 MINUTOS.

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104