

PREFEITURA MUNICIPAL FORMOSO-MG

NOTA DE EMPENHO COMPLEMENTAR N°= 3902-003/2020-005

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

Orçamento de: 2020 Tipo: Estimativo Data: 30/11/2020 Ficha: 000527

Órgão.....: 02 - Poder Executivo
Unidade.....: 02.06 - SECRETARIA DA SAUDE
SubUnidade.....: 02.06.01 - FUNDO DE SAUDE
Classif. Orçamentária: 10.302.1002.2138 - ENFRENTAMENTO EMERGÊNCIA SAÚDE 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: 001 - COVID 19

Credor...: PREFEITURA MUNICIPAL DE FORMOSO/MG Número: 2
Endereço.: Avenida BRASILIA Nº: 124 Bairro: BARROCA CEP: 38.690-000
Cidade...: Formoso - MG CNPJ...: 18.125.153/0001.20
Banco: 000 Agência ...: Conta ...: -

Pela presente fica empenhada a importância de R\$100.000,00
Cem mil reais.....

Hist.: EMPENHO ESTIMATIVO DESTINADO PGTO DE SERVIDORES MUNICIPAIS. NOVEMBRO 2020

Intimação.: Não se Aplica Processo N°.:
Data: 30/11/2020 Ordenador da Despesa: _____

GLAUCIA HELENA MAGALHAES QUEIROZ
CPF: 212.277.806-72 / ORDENADOR

Sendo o saldo da dotação orçamentária o abaixo demonstrado:
SALDO ANTERIOR ...:100.000,00 : VALOR LIQUIDADO ..:65.000,00
VALOR EMPENHADO ..:100.000,00 : DESCONTO:0,00
SALDO ATUAL:0,00 : VALOR LIQUIDO:65.000,00
TOTAL EMPENHADO ..:210.859,40 : SALDO A LIQUIDAR :44.602,52
VALOR A LIQUIDAR :109.602,52

Data: 30/11/2020 Contador(a)/Contabilista: _____
MARDISON MARTINS DE ABREU
CRC: MG101810 / CONTADOR

A liquidação N° 005, no valor R\$65.000,00, 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: 30/11/2020 Assinatura: _____
Data p/ Pagto: 30/11/2020 ELIANDRO CASTRO
CPF: 972.472.600-25 / ORDENADOR

Face a liquidação acima autorizo o pagamento desta importância ao favorecido.
Data: 30/11/2020 Assinatura: _____

GLAUCIA HELENA MAGALHAES QUEIROZ
CPF: 212.277.806-72 / ORDENADOR

Recebi(emos) a importância de R\$65.000,00 ,Sessenta e cinco mil reais.....
referente a despesa acima mencionada, da qual e dada plena quitação.

18/12/2020 _____
Data Identidade/CPF/CGC Assinatura do Credor ou seu Procurador

BANCO: 708 CONTA: 78/80-2 RECURSO
CHEQUE: 210776 DATA: / /

UF: MINAS GERAIS
MUNICÍPIO: FORMOSO
ENTIDADE: PREFEITURA MUNICIPAL

RELAÇÃO CONTÁBIL EXERCÍCIO 2020
TIPO CÁLCULO: 01-FOLHA MENSAL
REFERENCIA: NOVEMBRO/2020

10 dez 2020 09:43
FOLHA: 41

DESCRIÇÃO DA VERBA	LOTAÇÃO	CREDOR	HISTÓRICO	VALOR BRUTO	VALOR DESCONTO
FICHA: 00318 - Contratações por Tempo Determinado					
Unid. Orçamentária.: 02.06.01 - FUNDO DE SAUDE					
Programa de Trabalho: 10.301.1002.2063 - MANUTENCAO SERVICOS SAUDE ATENCAO BASICA					
Elemento de Despesa.: 3.1.90.04.99 - Outros					
Fonte de Recurso.: 1.02.00 - Recursos Próprios - Saúde mínimo 15%					
SubFonte de Recurso.: 00-Recursos Próprios - Saúde mínimo 15%					
V.P.D.: 3.1.1.2.1.04.99 - OUTRAS CONTRATAÇÕES POR TEMPO DETERMINADO					
VENCIMENTO	320.006.063.00318	00002	00001	53.161.68	
ATESTADO MEDICO	320.006.063.00318	00002	00001	2.721.59	
INSALUBRIDADE	320.006.063.00318	00002	00001	8.495.48	
PERICULOSIDADE	320.006.063.00318	00002	00001	1.226.52	
ADICIONAL NOTURNO	320.006.063.00318	00002	00001	1.921.13	
HORAS EXTRAS 50%	320.006.063.00318	00002	00001	3.479.85	
DE FERIAS NO MES	320.006.063.00318	00002	00001	1.022.10	
DIAS FALTAS	320.006.063.00318	00002	00001	-627.00	
PRORROGACAO DE LICENCA MATERNE	320.006.063.00318	00002	00001	868.79	
I.N.S.S.	320.006.063.00318	00002	00001		5.765.55
		TOTAL.....:			5.765.55
IMPOSTO DE RENDA	320.006.063.00318	00002	00001		52.30
		TOTAL.....:			52.30
PENSAO JUDICIAL	320.006.063.00318	00002	00001		567.37
		TOTAL.....:			567.37
		TOTAL DA FICHA.:		72.270.14	6.385.22

FICHA: 00318 - Contratações por Tempo Determinado

Unid. Orçamentária.: 02.06.01 - FUNDO DE SAUDE
Programa de Trabalho: 10.301.1002.2063 - MANUTENCAO SERVICOS SAUDE ATENCAO BASICA
Elemento de Despesa.: 3.1.90.04.99 - Outros
Fonte de Recurso.: 1.59.00 - Transf. Rec SUS - Custeio
SubFonte de Recurso.: 00-Transf. Rec SUS - Custeio
V.P.D.: 3.1.1.2.1.04.99 - OUTRAS CONTRATAÇÕES POR TEMPO DETERMINADO

VENCIMENTO	320.006.063.90318	00002	00001	18.197.47	
ATESTADO MEDICO	320.006.063.90318	00002	00001	571.83	
INSALUBRIDADE	320.006.063.90318	00002	00001	3.639.50	
ADICIONAL NOTURNO	320.006.063.90318	00002	00001	201.01	
I.N.S.S.	-320.006.063.90318	00002	00001		2.295.30
		TOTAL.....:			2.295.30
IMPOSTO DE RENDA	320.006.063.90318	00002	00001		734.34
		TOTAL.....:			734.34
		TOTAL DA FICHA.:		22.609.81	3.029.64

65.000,00 - 154
7.270,14 - 102