

**CAMARA MUNICIPAL DE INDIANOPOLIS**

Av. Sant'Clair de Mello 207 - Indianópolis/MG

CNPJ: 21.246.764/0001-31

Cep: 38.490-000 - Telefone: (34)32451367

**NOTA DE EMPENHO  
PARCIAL  
0000151**

DATA EMPENHO <b>05/04/2024</b>	TIPO <b>Ordinário</b>	MODALIDADE Comunicação interna	Nº AF/CI <b>0005042</b>	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 01.01.01.00.01.031.0011.03.2.002.3.3.90.14.00.00	Nº DA FICHA <b>15/0</b>
OBJETO DA DESPESA DIÁRIAS DE VEREADORES			CONDIÇÃO DE PAGAMENTO À Vista		<b>EXERCÍCIO: 2024</b>
INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA			FUNTE/DET/SUB: 1500 000 000 Recursos não vinculados de Impostos		
ORGÃO: 01 CÂMARA MUNICIPAL DE INDIANÓPOLIS	SUBFUNÇÃO: 031 Ação Legislativa		PROGRAMA: 0011 AÇÃO LEGISLATIVA		
ENTIDADE: 01 CÂMARA MUNICIPAL DE INDIANÓPOLIS	PROJ/ATIV 2.002 MANUTENÇÃO DO CORPO LEGISLATIVO MUNICIPAL		ELEMENTO: 3.3.90.14.00.00 Diárias - Pessoal Civil		
UNIDADE: 01 CÂMARA MUNICIPAL DE INDIANÓPOLIS	SUBELEMENTO 3.3.90.14.01.00 Diárias de Vereadores		SUBUNIDADE:		
SUBUNIDADE:					
FUNÇÃO: 01 Legislativa					

**CREDOR**

Página 1 de 1

RAZÃO SOCIAL: <b>JOSÉ HEVÉLCIO FERNANDES DE REZENDE</b>		CÓDIGO: <b>000362</b>	CNPJ/CPF: <b>561.397.486-15</b>
ENDEREÇO: <b>AVENIDA TIRADENTES N.º 160</b>		BAIRRO: <b>CENTRO</b>	CEP: <b>38.490-000</b>
CIDADE: <b>INDIANÓPOLIS</b>	UF: <b>MG</b>	TELEFONE:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:

Autorizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecidas as condições e especificações constantes desta nota de empenho.

Ordenador:

Assinatura: **HISTÓRICO DO EMPENHO**

NOTA DE EMPENHO PARA FAZER FACE A DESPESA COM ANTECIPAÇÃO DE 01 (UMA) DIÁRIA DE VIAGEM SEM PERNOITE PARA COBRIR DESPESAS DURANTE VIAGEM A CIDADE DE ARAGUARI-MG PARA REALIZAR VISITA AO HOSPITAL SAGRADA FAMÍLIA, CONFORME SERÁ DETALHADO NO RELATÓRIO DE VIAGEM NO ATO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS. REQUERIMENTO DE ANTECIPAÇÃO DE DIÁRIAS ANEXO E EM CONFORMIDADE COM O DISPOSTO NA LEI MUNICIPAL 1704 DE 31 DE AGOSTO DE 2009, ALTERADA PELA LEI MUNICIPAL 2.067 DE 25 DE JANEIRO DE 2022.

VALOR DOS PRODUTOS: 200,00	DESCONTOS: 0,00	IMPOSTOS: 0,00	FRETE: 0,00	GUIA ORÇAMENTÁRIA:	GUIA EXTRA:	<b>TOTAL GERAL:</b> 200,00
-------------------------------	--------------------	-------------------	----------------	--------------------	-------------	-------------------------------

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO				CONTADOR:
DATA CONTABILIZAÇÃO: <b>05/04/2024</b>	INICIAL OU SALDO: 242.100,00	EMPENHADO: 200,00	SALDO DISPONÍVEL: 241.900,00	<b>LILIAN SILVA BORGES RABELO CRC/MG08326</b>

A liquidação 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 execução do serviço.

Data: 05/04/2024 Resp. liquidação:Assinatura: 

Face a liquidação processada autorizo o pagamento ao favorecido, atendidas as formalidades legais.

Data: 05/04/24

Responsável

Recebi(emos) o valor total da presente nota de empenho que dou plena, geral e irrevogável quitação à CAMARA MUNICIPAL DE INDIANOPOLIS

Data: 5/04/24**COMPROVANTE DE  
PAGAMENTO ANEXO**

Responsável

Nome do responsável:

RG / CPF:

Dados bancários:

BANCO: 001	AGÊNCIA: 3733	Nº CONTA: 38423	Nº CHEQUE:	TESOUREIRO:
---------------	------------------	--------------------	------------	-------------



151

**CÂMARA MUNICIPAL DE INDIANÓPOLIS**  
Estado de Minas Gerais

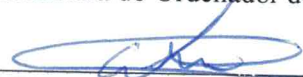
**REQUERIMENTO DE ANTECIPAÇÃO DE DIÁRIAS**

REQUERENTE: Jose Helvécio F. Rezende.  
FINALIDADE: ANAGVANI  
DESTINO: Hospital sagada familia  
SAÍDA: 05/04/04, às 9:00 horas  
RETORNO ESTIMADO: 05/04/04, às 17:00 horas  
QUANTIDADE DE DIÁRIAS 01  
TRANSPORTE: ( ) VEÍCULO PARTICULAR (X) VEÍCULO OFICIAL  
VALOR TOTAL DAS DIÁRIAS: R\$ 06 ( Dozentos reais. )

Declaro, sob as penas da lei, que os recursos serão despendidos no exercício de meu cargo e em estrito cumprimento de atividade de interesse do Município de Indianópolis.


  
Assinatura

Assinatura do Ordenador de Despesa:

  
**WELBEMAR ALVES XAVIER**  
Presidente da Câmara Municipal

Setor de Contabilidade:

Antecipação do valor das diárias efetuado em: 5 / 04 / 24  
Data limite para entrega de relatório de viagem: 12 / 04 / 24

  
Lilian da Silva Borges Rabelo  
CRC MG 083266/O



# Hospital Universitário Sagrada Família



