

CAMARA MUNICIPAL DE INDIANOPOLIS**NOTA DE EMPENHO**

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

CNPJ: 21.246.764/0001-31

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

0000379

| | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|------------------------|
| DATA EMPENHO 05/11/2021 | TIPO Ordinário | MODALIDADE Comunicação interna | Nº AF/CI 0003742 | CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 01.01.01.00.01.031.0011.03.2.002.3.3.90.14.00.00 | Nº DA FICHA 15/0 |
| OBJETO DA DESPESA DIÁRIAS DE VIAGEM | | | CONDIÇÃO DE PAGAMENTO À Vista | | EXERCÍCIO: 2021 |
| INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA | | | FONTE: 100 Recursos Ordinários | | |
| ORGÃO: 01 CÂMARA MUNICIPAL DE INDIANÓPOLIS | SUBFUNÇÃO: 031 | Ação Legislativa | | | |
| ENTIDADE: 01 CÂMARA MUNICIPAL DE INDIANÓPOLIS | PROGRAMA: 0011 | AÇÃO LEGISLATIVA | | | |
| UNIDADE: 01 CÂMARA MUNICIPAL DE INDIANÓPOLIS | PROJ/ATIV 2.002 | Manutenção do Corpo Legislativo | | | |
| SUBUNIDADE: | ELEMENTO: 3.3.90.14.00.00 | Diárias - Pessoal Civil | | | |
| FUNÇÃO: 01 Legislativa | SUBELEMENTO 3.3.90.14.01.00 | Diárias de Vereadores | | | |

Página 1 de 1

CREDOR

| | | |
|---|-------------------|--|
| RAZÃO SOCIAL: ELMAR FERNANDES DE RESENDE | CÓDIGO: 000148 | CNPJ/CPF: 561.397.726-72 |
| ENDEREÇO: RUA EVANILDE ALVES DA SILV. | BAIRRO: CENTRO | CEP: 38.490-000 |
| CIDADE: INDIANÓPOLIS | UF: MG | TELEFONE: FAX: INSCRIÇÃO ESTADUAL: |

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

Ordenador: RAFAEL ALMEIDA JACC

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 PATROCÍNIO-MG PARA PARTICIPAR DO LANÇAMENTO DA PEDRA FUNDAMENTAL PARA CONSTRUÇÃO DO HOSPITAL DE AMOR DE PATROCÍNIO/MG. 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.

| | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------|-------------------|----------------|--------------------|-------------|-------------------------------|
| VALOR DOS PRODUTOS: 100,00 | DESCONTOS: 0,00 | IMPOSTOS: 0,00 | FRETE: 0,00 | GUIA ORÇAMENTÁRIA: | GUIA EXTRA: | TOTAL GERAL: 100,00 |
|-------------------------------|--------------------|-------------------|----------------|--------------------|-------------|-------------------------------|

OUTRAS INFORMAÇÕES**DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO**

| | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------------------------|---|
| DATA CONTABILIZAÇÃO: 05/11/2021 | INICIAL OU SALDO: 37.100,00 | EMPENHADO: 100,00 | SALDO DISPONÍVEL: 37.000,00 | Contadora: LILIAN SILVA BORGES RABELO CRC/MG083260 |
|------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------------------------|---|

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: 5/11/21 Resp. liquidação:

Assinatura: _____

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

Data: 5/11/21 _____

Responsável

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

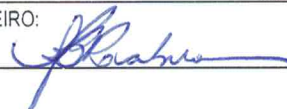
COMPROVANTE DE PAGAMENTO ANEXOData: 5/11/21 _____

Responsável

Nome do responsável:

RG / CPF:

Dados bancarios - Banco: Agência: Conta:

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



CÂMARA MUNICIPAL DE INDIANÓPOLIS
CEP 38.490-000, ESTADO DE MINAS GERAIS

RELATÓRIO DE VIAGEM

NOME: ELMAR FERNANDES DE RESENDE

DATA DA SAÍDA: 05/11/2021

DATA DA CHEGADA: 05/11/2021

LOCAL DE DESTINO/PROCEDÊNCIA: Patrocínio

TRANSPORTE UTILIZADO:

QUANTIDADE DE DIÁRIAS RECEBIDAS: uma, correspondendo a R\$ 100,00

QUANTIDADE DE DIÁRIAS UTILIZADAS: uma, correspondendo a R\$ 100,00

Há valor a ser devolvido:

() Sim (X) Não

Se positiva a resposta, indicar: R\$

RELATÓRIO DESCRITIVO DA VIAGEM:

Em Versador Elmar Fernandes de Resende compareci a cidade de Patrocínio MG para participar do saneamento da Pedra Fundamentada da construção do Hospital de Amor a Patrocínio

Declaro, sob as penas da lei, que as despesas ocorreram em razão do meu cargo e em estrito cumprimento de atividades de interesse do Município de Indianópolis.

DATA: 08/11/2021

Elmar Fernandes
ASSINATURA

SETOR DE CONTABILIDADE:

Conferido e determinado o arquivamento em ____/____/____

Lilian da Silva Borges Rabelo

Contadora

CRC MG 083266/O



Hospital irmão
ha
hospital
de amor



Convidamos

para o lançamento da

Pedra Fundamental do futuro

Hospital de Amor de Patrocínio/MG.

DATA: 05/11/2021

HORÁRIO: 10h30

LOCAL DA OBRA: **Av. Radialista**

Pedro Alves do Nascimento, 2010

Thiago Miranda de Oliveira
Presidente do HC Patrocínio

Henrique Duarte Prata
Presidente do Hospital de Amor

Contamos com sua presença