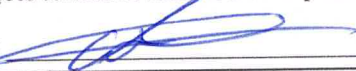


		CAMARA MUNICIPAL DE INDIANOPOLIS Av. Sant'Clair de Mello 207 - Indianópolis/MG CNPJ: 21.246.764/0001-31 Cep: 38.490-000 - Telefone: (34)32451367				NOTA DE EMPENHO PARCIAL 0000439	
DATA EMPENHC 27/11/2024	TIPO Ordinário	MODALIDADE Comunicação interna	Nº AF/CI 0005308	CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 01.01.01.00.01.031.0011.03.2.002.3.3.90.14.00.00		Nº DA FICHA 15/0	
OBJETO DA DESPESA DIÁRIAS DE VEREADORES			CONDIÇÃO DE PAGAMENTO À Vista		EXERCÍCIO: 2024		
INSTITUCIONAL FUNCIONAL PROGRAMÁTICA			FONTE/DET/SUB: 1500 000 000 Recursos não vinculados de Impostos				
ORGÃO: 01 CÂMARA MUNICIPAL DE INDIANÓPOLIS ENTIDADE: 01 CÂMARA MUNICIPAL DE INDIANÓPOLIS UNIDADE: 01 CÂMARA MUNICIPAL DE INDIANÓPOLIS SUBUNIDADE: FUNÇÃO: 01 Legislativa			SUBFUNÇÃO: 031 Ação Legislativa PROGRAMA: 0011 AÇÃO LEGISLATIVA PROJ/ATIV 2.002 MANUTENÇÃO DO CORPO LEGISLATIVO MUNICIP. ELEMENTO: 3.3.90.14.00.00 Diárias – Pessoal Civil SUBELEMENTO 3.3.90.14.01.00 Diárias de Vereadores				

Página 1 de 1

CREDOR			CÓDIGO: 000148		CNPJ/CPF: 561.397.726-72	
RAZÃO SOCIAL: ELMAR FERNANDES DE RESENDE			BAIRRO: CENTRO		CEP: 38.490-000	
ENDEREÇO: RUA EVANILDE ALVES DA SILV.			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:			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 COMPARECIMENTO A SECRETARIA DE SAÚDE PARA TRATAR DE ASSUNTOS DE INTERESSE DO MUNICÍPIO DE INDIANÓPOLIS 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:	TOTAL GERAL: 200,00

OUTRAS INFORMAÇÕES				CONTADOR:	
DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO E CONTABILIZAÇÃO				LILIAN SILVA BORGES RABELO CRC/MG083264	
DATA CONTABILIZAÇÃO: 27/11/2024	INICIAL OU SALDO: 54.250,00	EMPENHADO: 200,00	SALDO DISPONÍVEL: 54.050,00		
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: 27/11/2024 Resp. liquidação:			Assinatura: 		
Face a liquidação processada autorizo o pagamento ao favorecido, atendidas as formalidades legais.			Recebi(emos) o valor total da presente nota de empenho que dou plena, geral e irrevogável quitação à CAMARA MUNICIPAL DE INDIANOPOLIS.		
Data: 27/11/24  Responsável			COMPROVANTE DE PAGAMENTO ANEXO Data: 27/11/24 Responsável		
Nome do responsável:			RG / CPF:		
Dados bancários:			TESOUREIRO: 		
BANCO: 001	AGÊNCIA: 3733	Nº CONTA: 38423	Nº CHEQUE:		



439

CÂMARA MUNICIPAL DE INDIANÓPOLIS
Estado de Minas Gerais

REQUERIMENTO DE ANTECIPAÇÃO DE DIÁRIAS

REQUERENTE: Elmar Fernandes de Almeida
FINALIDADE: Secretaria de Saúde Araguari
DESTINO: Araguari
SAÍDA: 27/11/2024, às 13 horas
RETORNO ESTIMADO: 27/11/2024, às 17 horas
QUANTIDADE DE DIÁRIAS: uma (1)
TRANSPORTE: ☒ VEÍCULO PARTICULAR () VEÍCULO OFICIAL
VALOR TOTAL DAS DIÁRIAS: R\$ 200 (Duzentos 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.

Elmar Fernandes de Almeida
Assinatura

Assinatura do Ordenador de Despesa:

WELBEMAR ALVES XAVIER
Presidente da Câmara Municipal

Setor de Contabilidade:

Antecipação do valor das diárias efetuado em: 27 / 11 / 24
Data limite para entrega de relatório de viagem: 4 / 12 / 24

Lilian da Silva Borges Rabelo
CRC MG 083266/O



CÂMARA MUNICIPAL DE INDIANÓPOLIS

Estado de Minas Gerais

RELATÓRIO DE VIAGEM

NOME: Elmar Fernando de Souza
DATA DA SAÍDA: 27/11/24, às 13 horas
DATA DA CHEGADA: 27/11/24, às 17 horas
LOCAL DE DESTINO/PROCEDÊNCIA: Secretaria de Saúde Araguari
TRANSPORTE UTILIZADO: Veículo próprio
QUANTIDADE DE DIÁRIAS RECEBIDAS: 1, correspondendo a R\$ 200.00
QUANTIDADE DE DIÁRIAS UTILIZADAS: 1, correspondendo a R\$ 200.00
Há valor a ser devolvido:
() Sim (X) Não
Se positiva a resposta, indicar: R\$ _____

RELATÓRIO DESCRITIVO DA VIAGEM:

Em Viagem Elmar Fernando de Souza
vieste à Secretaria de Saúde de
Araguari para tratar de assuntos
de interesse relativos à saúde do
nosso município.

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: 26/11/2024

Elmar Fernando de Souza
ASSINATURA

SETOR DE CONTABILIDADE:

Conferido e determinado o arquivamento em 26/11/24

[Assinatura]
Assinatura do responsável