

**CÂMARA MUNICIPAL DE LIMEIRA DO OESTE-MG**

CNPJ Nº: 26.042.598/0001-75

Av. Copacabana, 630 - Jd Humaita - Limeira do Oeste-MG - Fone:(34) 3453-1029

**Nota de Empenho: 000243****Exercício: 2019**

O Presidente da Câmara Municipal, para efeito da execução orçamentária, nos termos da legislação vigente, determina que seja empenhada neste exercício a importância a seguir especificada.

**Exercício: 2019**      **Data do Empenho: 02-05-2019**      **Tipo do Empenho: Ordinário**

Licitação: Não Licitado

Ficha nº: 17

Orgão: 01 CÂMARA MUNICIPAL DE LIMEIRA DO OES      Unidade: 04 DIVISAO ADMINISTRATIVA E FINANCEIR

Atividade: 01.031.0001 MANTER ATIV. ADMINISTRATIVA E F      Despesa: 3.3.90.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCE

Fonte Rec.: 100 - RECURSOS ORDINARIO      Sub Elemento: 99 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEI

**Valores Dotação**

Saldo Anterior Dotação : 51.700,22      Total do Empenho: 160,00      Saldo Atual: 51.540,22

**Credor: 913 POLIMED MEDICINA DE ITURAMA LTDA**

Telefone:

Endereço: RUA ITUIUTABA,784

Cidade: ITURAMA

Estado: MG

Identidade: 4585591

CPF/CNPJ: 07.536.740/0001-96

**Histórico****Total**

PRESTACAO DE SERVICOS REFERENTE A EXAMES ADMISSIONAIS DOS FUNCIONARIOS ANTONIO SOARES DE LIMA, EDMILSON ANTONIO DOS SANTOS, LUCIANA CRISTINA DE OLIVEIRA ALVES E MIZAEI DONIZETH DE ARAUJO. **160,00**

Total Desconto (-) 0,00**VALOR A SER PAGO A POLIMED MEDICINA DE ITURAMA LTDA 160,00**

Por Extenso:

**( Cento e Sessenta Reais ) ,**

Exame Contabil:

Autorizo:

\_\_\_\_\_  
**Alexsander Jose Melo Covizzi**  
 CONTADOR - CRC/MG: 075891/O-8

\_\_\_\_\_  
**José Rodrigues Barbosa**  
 PRESIDENTE

A liquidação da despesa a que se refere a presente nota de empenho, foi procedido com base no documento apresentado, que demonstra a entrega ou a efetivação do serviço.

Data: \_\_\_/\_\_\_/2019

\_\_\_\_\_  
**José Rodrigues Barbosa**  
 PRESIDENTE

Face à liquidação acima autorizo o pagamento desta importância ao favorecido ou a seu procurador.

Data: \_\_\_/\_\_\_/ 2019

\_\_\_\_\_  
**José Rodrigues Barbosa**  
 PRESIDENTE

**RECIBO: Recebi o valor desta despesa, da qual dou plena quitação**

Data: \_\_\_/\_\_\_/ 2019      RG / CPF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

.....  
Assinatura**DADOS BANCARIOS**

Banco: 104 - Caixa E. Federal;  
 Agência: 0936 - Iturama;  
 Oper.: 06 - Conta PJ: 000384-9

( ) Pagto por meio eletrônico  
 Cheque nº: \_\_\_\_\_

.....  
Tesoureiro - William Oliveira Bozza**RESUMO**

Empenho nº: 000243

POLIMED MEDICINA DE ITURAMA LTDA

Ficha Orçamentaria nº: 17

V.Total R\$: 160,00

Desconto: 0,00

Líquido R\$: 160,00

