**Prefeitura Municipal de São João Batista do Glória**

**ESTADO DE MINAS GERAIS**

# SUBEMPENHO

| Exercício | Ficha | Fonte | Empenho / Tipo |
|---|---|---|---|
| 2021 | 00503 | 100 | 02280 / Ordinário |

**LICITAÇÃO**

Processo de Compra
N°:
EM:

Convênio.....:

Vencimento: **20 / 04 / 2021**

Centro de Custo.....: **01613 - Diárias de Viagem.**

**NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO VIGENTE, DETERMINA-SE QUE SEJA EMPENHADA, NESTE EXERCÍCIO, A DESPESA A SEGUIR ESPECIFICADA:**

| | | |
|---|---|---|
| Órgão.....: | 02 | Executivo |
| Unidade.....: | 10 | Secretaria de Assistencia Social |
| Subunidade.....: | 04 | Fundo Municipal da Criança e do Adolescente |
| Função.....: | 08 | Assistência Social |
| Subfunção.....: | 243 | Assistência à Criança e ao Adolesce |
| Programa.....: | 0014 | Assistência Social e Comunitária |
| Projeto/Atividade.....: | 2.104 | Manutenção e Apoio ao Conselho Tutelar |
| Natureza.....: | 3.3.90.14.05 | Diarias de Demais Servidores |

Favorecido.....: **006565 - CREONICE SOARES DO NASCIMENTO.**
Endereço.....: **Rua Niterói , 25 , 37.920-000**
Cidade.....: **São João Batista do Glória - MG**
Conta Bancária.....:

Telefone:

**CNPJ / CPF**
**070.412.636-22**

Especificação da Despesa

**Nota de empenho referente a uma diária de viagem a Sacramento MG para conhecer clinica de abrigo.**

Valor.....: **R$ 63,00 ( Sessenta e Tres Reais )**

Data: **16 / 04 / 2021**

Ordenador da Despesa:
**Celso Henrique Ferreira**

**DEMONSTRAÇÃO**

Descontos:

| | |
|---|---|
| Saldo Anterior.....: | 63,00 |
| Despesa Empenhada.: | 63,00 |
| Saldo Disponível.....: | 0,00 |

Despesa Bruta.: **63,00** Descontos.: **0,00** Despesa Líquida.....: **63,00**

Data: **16 / 04 / 2021** Contador(a): **JOSE LUIZ SANTOS DUARTE** **CRC 109.538**

**LIQUIDAÇÃO**

O MATERIAL OU SERVIÇO FOI ENTREGUE CONFORME SOLICITADO. **20 / 04 / 2021**

**JULIENE APARECIDA RODRIGUES MAIA**
Secretária de Assistência Social

**ORDEM DE PAGAMENTO**

FACE À LIQUIDAÇÃO PROCESSADA DETERMINO O SEU PAGAMENTO.

**Celso Henrique Ferreira**
PREFEITO MUNICIPAL

**CONTROLE INTERNO**

EXAMINAMOS O PERCURSO DA DESPESA, EM CONFORMIDADE COM AS DISPOSIÇÕES LEGAIS QUE DISCIPLINAM O SEU PROCESSAMENTO.

**Fernanda Cristina de Amorim**
Controle Interno

**RECIBO**

Recebi o valor acima descrito referente a despesa com materiais e / ou serviços acima especificado, para a qual dou quitação, para um só efeito.

Data: 23/04/21

Nome

Assinatura

Documento: (Tipo / Número)

Banco.....: 02
Cheque.....: 042.314
Conta.....: 73.0033
Recursos.....:

# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO BATISTA DO GLÓRIA

CNPJ: 18.241.778/0001-58 Inscrição Estadual: Isento
Praça Belo Horizonte, 22 - Telefax: (35) 3524-0900
Centro - CEP 37.920.000 - São João Batista do Glória/MG

**FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE DIÁRIAS – Lei nº1.511/2018**

BENEFICIÁRIO: Cleonice Soares do Nascimento CPF: 070412636-22

CARGO/FUNÇÃO: Conselheira Tutelar

TELEFONE: (35)98447-1135 E-MAIL INSTITUCIONAL:

BANCO: 756 AGENCIA: 3171 CONTA: 138835 ☐Não possui conta corrente

Nome do Solicitante/Beneficiário: Cleonice Soares do Nascimento

Data: 20/04/2021 Assinatura do Solicitante: Cleonice Soares do Nascimento

**INFORMAÇÕES DA VIAGEM**

MOTIVO DO AFASTAMENTO: → Informar aqui o motivo do afastamento e horário previsto para início e encerramento das atividades. Visita ao abrigo de Sacramento para possíveis internações.

PERÍODO AFASTAMENTO (ROTEIRO/ITINERÁRIO):

| ORIGEM | | | DESTINO | |
|---|---|---|---|---|
| DIA/MÊS | HORA | CIDADE Saída | CIDADE Destino | HORA CHEGADA/ HORA SAÍDA |
| 12/04/21 | 8:00 | S.J.B.F do Glória | Sacramento | 20:00hs |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

MEIO DE TRANSPORTE/IDA: ☐ Aéreo ☐ Rodoviário ☒ Veículo Oficial ☐ Veículo Próprio

MEIO DE TRANSPORTE/VOLTA: ☐ Aéreo ☐ Rodoviário ☒ Veículo Oficial ☐ Veículo Próprio

Justificativa(s):

**AUTORIZAÇÃO DE DESPESA**

☒ DEFERIDO ☐ DEFERIDO C/ RESTRIÇÕES ☐ INDEFERIDO

Justificativa (caso de deferimento com restrições ou indeferido):
Lei nº1.511 de 15 de março de 2018: Conforme Artigo 6º do parágrafo §6º. Quando o afastamento for por período superior a 05 e inferior a 06 horas, o agente público terá direito a ½ diária de alimentação.

**VALORES EM DIÁRIA A RECEBER: R$ 63.00**

Juliene Apoda Rodrigues Maia
Secretária Municipal
de Assistência Social

Assinatura do Responsável

20/04/2021
DATA