



CÂMARA MUNICIPAL DE ESTIVA GERBI

ORDEM DE PAGAMENTO	INTERESSADO	IMPORTÂNCIA
N.º 202	UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIANA.	R\$ 374,96
PROCESSO N.º	s/p	SETOR DE COMPRAS

Extraorçamentária.

TESOURARIA

DATA DO PAGAMENTO 10 de Novembro de 1994.

BANCO do Brasil S.A.

DOCUMENTO DE DESPESA N.º 202

CHEQUE N.º 980677

UNIBANCO

Unibanco - União de Bancos Brasileiros SA

409-0**Recibo do Sacado**

Local de pagamento

ESTIVA GERBI
MOGI GUACU

Vencimento

10.11.94

Cedente

UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIA

Agência/cód. cedente

0234-8 105633 7

Data documento

11/94

Nº documento

011986

Espécie doc.

DUPL.

Aceite

Data proces.

04/11/94

Nosso número

12142048246-9/7

Uso Banco

CDD 5539.5

Carteira

DIRETA

Espécie

RS

Quantidade

Valor

X

(-) Valor do documento

374,96

Instruções

(-) Desconto/abatimento

(-) Outras deduções

(+) Mora/multa

(+) Outros acréscimos

(-) Valor cobrado

UNICOBRANCA

APÓS O VENCIMENTO ATUALIZAR PELA TRD.

Sacado

CAMARA MUNICIPAL ESTIVA GERBI

CGC 68.168.872/0001.34

R ANGELO ZANCO 657 CENTRO

Sacador/Avalista

R 5539.53.843.000 ESTIVA GERBI

/ SP

Cód. Trans. CVT: **5539.5**Recebimento através do cheque nº
do banco

Autenticação mecânica

Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco sacado.

UBB101194C2340714*****374,96R46 148

CGC 33.700.394/0001-40

Cód. 526.175.5 - F - (04/94)

=R\$.374,96=

(trezentos e setenta e quatro reais, noventa e seis centa-
-vos).*****.*****.*****.*****.*****.*****.*****.*****.

UNIMED - Regional da Baixa Mogiana

Estiva Gerbi,10

Novembro

94

CÓPIA DE CHEQUE Nº 980677

VISADO

SIM ☐

NÃO ☒

CRUZADO

SIM ☐

NÃO ☒

DO BANCO

do Brasil S.A.

UTILIZADO PARA

Pagto.convênio Vereadores e funcionários, relativo ao mês de outu-
-bro de 1994.

VISTOS

CONTADOR

CAIXA

001

CHEQUE ASSINADO POR

C/CORRENTE

Adevanil Moreira.

TALÃO Nº

010

Antonio Mello Martini

DESCRIÇÃO

VALOR CRS

20 M."A" ATE 50 DIR
1 M."A" 51/60 DIR
1 M."A" ATE 50 IND.
1 M."A" 51/60 IND
4 M."A" AC.61 IND

12,27
12,27
12,27
18,41
24,55

245,40
12,27
12,27
18,41
98,20

TOTAL DESTA FATURA

386,55

OS VALORES ACIMA ESTAO DIVIDIDOS EM:

ATOS COOPERATIVOS PRINCIPAIS 60% ----->

231,93

5% IRRF (CONF.ART. 45 - LEI 8541/92) -->

11,59

ATOS COOPERATIVOS AUXILIARES 40% ----->

154,62

FATURA- 011.986 EMPRESA- CAMARA MUNICIPAL ESTIVA G 11/94

374,96

A DUPLICATA ENCONTRA-SE EM COBRANCA: UNIBANCO M.GUACU



UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIANA - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
PRACA SAO JOSE, 231 - MOGI MIRIM - SP - CGC 49.210.966/0001-42
AV MOGI MIRIM, 2679 - MOGI GUACU - SP - CGC 49.210.966/0004-95
INSCRICAO ESTADUAL ISENTA FONES (0192) 61-2680 61-3745 61-0657

DATA DE EMISSÃO: 04.11.94 OS VALORES DESTA FATURA ESTAO EXPRESSOS EM REAIS (R\$)

FATURA		DUPLICATA		VENCIMENTO	PARA USO DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA	
VALOR CR\$	NÚMERO	VALOR CR\$	NÚMERO			
374,96	011.986	374,96	011.986	10.11.94		
COMPETÊNCIA	DESCONTO DE:					ATÉ
11/94	CONDIÇÕES ESPECIAIS:					

FATURA DE
SERVIÇOS CONTRATUAIS
NÃO VALE COMO RECIBO

SACADO: CAMARA MUNICIPAL ESTIVA GERBI
ENDEREÇO: R ANGELO ZANCO 657 CENTRO
BAIRRO: MUNIC: ESTIVA GERBI
PÇA DE PAGTO: R ANGELO ZANCO 657 CENTRO
C.G.C. / C.P.F.: 68.168.872.0001.34

Nº DO CONTRATO: 007120
CEP: 13843000
/ SP
CÓD. EMP: 0712.0

INSCR. ESTADUAL ISENTA

VALOR
POR
EXTENSO

TREZENTOS E SETENTA E QUATRO REAIS E NOVENTA E SEIS
CENTAVOS*****

DEVE(M) POR SERVIÇOS CONTRATUAIS, ACIMA RELACIONADOS CONFORME DUPLICATA DE IGUAL VALOR, DATA E NÚMERO; PAGÁVEL
NO VENCIMENTO E PRAÇA ACIMA INDICADOS.

ASSINATURA DO EMITENTE



UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIANA - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
PRACA SAO JOSE, 231 - MOGI MIRIM - SP - CGC 49.210.966/0001-42
AV MOGI MIRIM, 2679 - MOGI GUACU - SP - CGC 49.210.966/0004-95
INSCRICAO ESTADUAL ISENTA FONES (0192) 61-2680 61-3745 61-0657

DATA DE EMISSÃO: 04.11.94 OS VALORES DESTA FATURA ESTAO EXPRESSOS EM REAIS (R\$)

FATURA		DUPLICATA		VENCIMENTO	PARA USO DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA
VALOR CRS	NÚMERO	VALOR CRS	NÚMERO		
374,96	011.986	374,96	011.986	10.11.94	

COMPETÊNCIA

11/94

DESCONTO DE:

ATÉ

CONDIÇÕES ESPECIAIS:

SACADO:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

PÇA. DE PAGTO:

C.G.C. / C.P.F.:

CAMARA MUNICIPAL ESTIVA GERBI

R ANGELO ZANCO 657 CENTRO

MUNIC.:

ESTIVA GERBI

R ANGELO ZANCO 657 CENTRO

68.168.872.0001.34

Nº DO CONTRATO:

CEP:

CÓD. EMP:

007120

13843000

0712.0

INSCR. ESTADUAL:

ISENTA

VALOR
POR
EXTENSO

TREZENTOS E SETENTA E QUATRO REAIS E NOVENTA E SEIS

CENTAVOS*****

RECONHEÇO(EMOS) A EXATIDÃO DESTA DUPLICATA DE SERVIÇOS CONTRATUAIS, NA IMPORTÂNCIA ACIMA, QUE PAGAREI(EMOS) À UNIMED ACIMA ESPECIFICADA, OU À SUA ORDEM, NA PRAÇA E VENCIMENTO INDICADOS.

DATA DO ACEITE

ASSINATURA DO SACADO



CÂMARA MUNICIPAL DE ESTIVA GERBI

ESTADO DE SÃO PAULO

Estiva Gerbi, 27 DE Outubro DE 19 94

REF.: ORDEM DE EMPENHO

SENHOR CONTADOR:

Pelo presente, solicito «EMPENHAR» a favor de
"UNIMED" Regional da Baixa Mogiana

a importância de R\$ 374,96 (Trezentos e setenta e quatro
reais, noventa e seis centavos.....)
referente a Convênio médico entre Unimed e Vereadores/Funcioná-
-rios, relativo ao mês de Outubro de 1994.

a débito das seguintes dotações:
Extraorçamentária.

1.º Secretário

Presidente

2.º Secretário



CÂMARA MUNICIPAL DE ESTIVA GERBI

ORDEM DE PAGAMENTO

TOTAL . . ☒PARCIAL . ☐

Determino o Pagamento a seguir descrito:

Interessado UNIMED - REGIONAL DA BAIXA MOGIANA.Valor R\$ 374,96 (Trezentos e setenta e quatro reais, noventa e seis centavos.)

Proc. N.º _____ Empenho(s) _____

Dotações Oneradas Extraorçamentária.Natureza da Despesa Convênio médico entre esta e Vereadores/Funcionários.Data: 10 de Novembro de 1994

Ordenador de Despesa _____

SITUAÇÃO DO PROCESSO (só quando se tratar de ordem parcial)

Valor Original do Processo	R\$
Suplementações de Empenhos	R\$
Recuperações de Empenhos	R\$
Valor Atual do Processo	R\$
Total Pago (inclusive a presente ordem)	R\$
SALDO A PAGAR	R\$

QUITAÇÃO

A importância supra autorizada foi por mim (nós) recebida na tesouraria da Câmara Municipal de Estiva Gerbi, através do(s) Cheque(s) N.º(s) 980677Do(s) Banco do Brasil S.A.Por ser verdade firmamos o presente. Estiva Gerbi, 10 de Novembro de 19 94

Nome _____

Identif. _____

REGISTRO

Efetuamos o pagamento acima autorizado, na data e local mencionados, cuja operação fora registrada às folhas _____ do Livro Caixa N.º 001 sob N.º _____

Responsável p/ Tesouraria _____

OBSERVAÇÕES

Fatura nº.011.986 emissão 04.11.94 cobrs.Unibanco.