CÂMARA MUNICIPAL DE ESTIVA GERBI

NOTA DE EMPENHO	INTERESSADO	IMPORTÂNCIA
Nº _____	UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIANA	R$ 50,00

PROCESSO Nº _____ SETOR DE COMPRAS _____

Código _____

Código _____

Docum./ _____

Data 02 / 08 / 99

C/ PARTIDA

Código _____

Código _____

Docum./ _____

Data 20 / 09 / 99

Livro Caixa nº _____ fls. _____

Livro Banco nº _____ fls. _____

TESOURARIA

DATA DO PAGAMENTO 20 de setembro de 1999

BANCO Nossa Caixa Nosso Banco

BANCO _____

CHEQUE(S) Nº(s) 001471

CHEQUE(S) Nº(s) _____

20/09

CÂMARA MUNICIPAL DE ESTIVA GERBI
ESTADO DE SÃO PAULO

Estiva Gerbi, 02 de Agosto de 1999

REF.: ORDEM DE EMPENHO

SENHOR CONTADOR:

Pelo presente, solicito "EMPENHAR" a favor de UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIANA a importância de R$ 50,00 (cinquenta reais) referente a Consultas Excedentes referente ao mês de agosto de 1999, a débito das seguintes dotações:

Extraorçamentária – R$ 50,00

VERª SANDRA MARIA FELIX DE OLIVEIRA
1º Secretário

ANTONIO ARNALDO DEL GIUDICE
Presidente

2º Secretário

Rua Ângelo Zanco, 657 – Centro – Estiva Gerbi – SP – CEP 13857-000
Fone: (019) 868-9373/9921 – Fax: 868-9520

CAMARA MUNIC DE ESTIVA GERBI
RUA ANGELO ZANCO, 657

CGC: 67.168.872/0001-34
Folha: 1

NOTA DE EMPENHO Numero....: 24-000

Dotacao...: 5.002.1
Unid-Orcam: DESPESA EXTRAORCAMENTARIA
DESPESA EXTRAORCAMENTARIA
DESPESA EXTRAORCAMENTARIA
Categ-Econ: 4233.002.6 -UNIMED
Descr-Item: -
Tipo-Licit: ISENTO
Nro-Licit.:

Dt-Emissao: 02/08/1999
Dt-Vencto.:

Fornecedor: UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIANA 3.9
Endereco..: AV. MOJI MIRIM, 2679 MOJI GUACU SP

Processo..:
Documento.:

Requisicao:

Dotacao Atual	Empenhado Anterior	Valor Empenho	Saldo Atual
0,00	0,00	50,00	0,00

Qtde	Material e/ou Servicos	Vlr Unitario	Vlr Total
	CONSULTAS EXCEDENTES DE ASSO CIADO REFERENTE AO MES DE AGOS TO, DESCONTADO EM FL PAGTO MES DE SETEMBRO DE 1999		50,00

R$: 50,00(CINCOENTA REAIS **********
**********)

A despesa referente a este empenho foi processada, encontrando-se em ordem para pagamento.

Data..: / / Contador: ROBERTO SOARES DE OLIVEIRA

---------- A U T O R I Z A C A O P A R A P A G A M E N T O ----------

Data..: / / Responsavel: ANTONIO AMARILDO DEL GIUDICE

Banco Mercantil de São Paulo
FINASA
CGC 61.065.421/0001-95

392-1

RECIBO DO SACADO

LOCAL DE PAGAMENTO: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO

VENCIMENTO: 20/09/1999

CEDENTE: UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIANA

AGÊNCIA/COD. CEDENTE: 117 3.380.839.2

DATA DOCUMENTO	Nº. DOCUMENTO	ESPÉCIE DOC.	ACEITE	DATA PROCESSAM.
07/1999	00034739 DUPL			

COD. CART./NOSSO NÚMERO: 27-92.765.317-84

AG. COBRADORA	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR
	CP	R$		

VALOR DO DOCUMENTO: 50,00

INSTRUÇÕES

APOS VENCIMENTO JUROS DE 2,5% AO MES

PROTESTO AUTOMATICO 15 DIAS APOS O VENCIMENTO

(-) DESCONTO/ABATIMENTOS

(-) OUTRAS DEDUÇÕES

(+) MORA/MULTA

(+) OUTROS ACRÉSCIMOS

(=) VALOR COBRADO

RECEBIDO C/ CH. Nº. BCO. AG. CTA.

SACADO (NOME, ENDEREÇO E CGC/CPF)

CAMARA MUNICIPAL ESTIVA GERBI
R ANGELO ZANCO 657 CENTRO

SACADOR/AVALISTA

Recebimento através do cheque nº.
do Banco nº. , Agência nº.
Esta quitação só terá validade após o pagamento do cheque pelo banco sacado.

CÓD. DE BAIXA:

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

RCNE 0170 20Set1999 017

50,00RD 019

MOD. C - 26L - 09/95 2ª VIA

VIA - INTERMEDIARIA - CFB

ESTE LADO PARA CIMA

01718

01691002 6

Banco Mercantil de São Paulo
FINASA
CGC 61.065.421/0001-95

392-1

VIA ADICIONAL PARA REGISTRO NO BANCO

LOCAL DE PAGAMENTO: PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE O VENCIMENTO

VENCIMENTO: 20/09/1999

CEDENTE: UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIANA

AGÊNCIA/COD. CEDENTE: 117 3.380.839.2

DATA DOCUMENTO	Nº. DOCUMENTO	ESPÉCIE DOC.	ACEITE	DATA PROCESSAM.
07/1999	00034739 DUPL			

COD. CART./NOSSO NÚMERO: 27-92.765.317-84

AG. COBRADORA	CARTEIRA	ESPÉCIE	QUANTIDADE	VALOR
	CP	R$		

VALOR DO DOCUMENTO: 50,00

INSTRUÇÕES

APOS VENCIMENTO JUROS DE 2,5% AO MES

PROTESTO AUTOMATICO 15 DIAS APOS O VENCIMENTO

(-) DESCONTO/ABATIMENTOS

(-) OUTRAS DEDUÇÕES

(+) MORA/MULTA

(+) OUTROS ACRÉSCIMOS

(=) VALOR COBRADO

SACADO (NOME, ENDEREÇO E CGC/CPF)

CAMARA MUNICIPAL ESTIVA GERBI
R ANGELO ZANCO 657 CENTRO

SACADOR/AVALISTA

CÓD. DE BAIXA:

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

RCNE 0170 20Set1999 017

50,00RD 019

MOD. C - 26L - 09/95 3ª VIA

ÚLTIMA - VIA CF

ESTE LADO PARA CIMA

01718

01691002 6

unimed

UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIANA
AV MOGI MIRIM, 2679 - JARDIM GUACU-MIRIM
MOGI GUACU - SP
C.G.C./M.F. 49.210.966/0001-42
INSCRICAO ISENTO
TELEFONE (019) 891-9411 FAX (019) 861-6711 / 891-8436

DATA DE EMISSÃO: 20/08/1999

FATURA		DUPLICATA		VENCIMENTO
VALOR R$	NÚMERO	VALOR R$	NÚMERO	
50,00	00034739	50,00	00034739	20/09/1999

PARA USO DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

COMPETÊNCIA: 07/1999

DESCONTO DE: ATÉ:

CONDIÇÕES ESPECIAIS:

SACADO: CAMARA MUNICIPAL ESTIVA GERBI
ENDEREÇO: R ANGELO ZANCO 657 CENTRO
BAIRRO: MUNIC.: ESTIVA GERBI
PÇA. DE PAGTO.: R ANGELO ZANCO 657 CENTRO
CGC / CPF: 68.168.872/0001.34 INSCR. ESTADUAL: ISENTA

Nº DO CONTRATO: 7120
CEP: 13.843.000
CÓD. EMP.: 0920712

VALOR POR EXTENSO: (CINQUENTA REAIS) ********** **********

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

UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIANA ----- CONSULTAS FATURADAS NO MES -----PAGINA 01

092.0712.0 CAMARA MUNICIPAL ESTIVA GERBI 07/1999

COD.USUARIO	NOME DO USUARIO	--- FATURADAS NO MES --- CONSULTAS	PSIQUIATRIA
000006.53.0	RACHEL ELIAS LEONELLO	2	
TOTAL GERAL DA EMPRESA.....		2	

DESCRIÇÃO	VALOR R$
2 CONSULTAS EXCEDENTES	50,00

AL GERAL DESTA FATURA..... 50,00

ATOS COOPERATIVOS PRINCIPAIS..... 50,00
IMPOSTO DE RENDA (CONF.ART. 45 - LEI 8541/92)..... 0,00
ATOS COOPERATIVOS AUXILIARES..... 0,00
00034739 CAMARA MUNICIPAL ESTIVA GERBI 07/1999 50,00
ESTA FATURA ENCONTRA-SE EM COBRANCA:
BANCO MERCANTIL / MOGI GUACU

unimed

UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIANA
AV MOGI MIRIM, 2679 - JARDIM GUACU-MIRIM
MOGI GUACU - SP
C.G.C./M.F. 49.210.966/0001-42
INSCRICAO ISENTO
TELEFONE (019) 891-9411 FAX (019) 861-6711 / 891-8436

A DE EMISSÃO: 20/08/1999

FATURA		DUPLICATA		VENCIMENTO	PARA USO DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA
VALOR R$	NÚMERO	VALOR R$	NÚMERO		
50,00	00034739	50,00	00034739	20/09/1999	

COMPETÊNCIA 07/1999

DESCONTO DE: ATÉ:
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
CGC / CPF: 68.168.872/0001.34 INSCR. ESTADUAL: ISENTA

Nº DO CONTRATO: 7120
CEP: 13.843.000
CÓD. EMP.: 0920712

VALOR POR EXTENSO: (CINQUENTA REAIS)
****
****

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

DESCRIÇÃO	VALOR R$
2 CONSULTAS EXCEDENTES	50,00

AL GERAL DESTA FATURA..... 50,00

ATOS COOPERATIVOS PRINCIPAIS..... 50,00
IMPOSTO DE RENDA (CONF.ART. 45 - LEI 8541/92)..... 0,00
ATOS COOPERATIVOS AUXILIARES..... 0,00
00034739 CAMARA MUNICIPAL ESTIVA GERBI 07/1999 50,00
ESTA FATURA ENCONTRA-SE EM COBRANCA:
BANCO MERCANTIL / MOGI GUACU

unimed

UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIANA
AV MOGI MIRIM, 2679 - JARDIM GUACU-MIRIM
MOGI GUACU - SP
C.G.C./M.F. 49.210.966/0001-42
INSCRICAO ISENTO
TELEFONE (019) 891-9411 FAX (019) 861-6711 / 891-8436

A DE EMISSÃO: 20/08/1999

FATURA		DUPLICATA		VENCIMENTO
VALOR R$	NÚMERO	VALOR R$	NÚMERO	
50,00	00034739	50,00	00034739	20/09/1999

PARA USO DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA

COMPETÊNCIA: 07/1999

DESCONTO DE: ATÉ:
CONDIÇÕES ESPECIAIS:

FATURA DE SERVIÇOS CONTRATUAIS
SEGUNDA VIA

SACADO: CAMARA MUNICIPAL ESTIVA GERBI
ENDEREÇO: R ANGELO ZANCO 657 CENTRO
BAIRRO: MUNIC.: ESTIVA GERBI
PÇA. DE PAGTO.: R ANGELO ZANCO 657 CENTRO
CGC / CPF: 68.168.872/0001.34 INSCR. ESTADUAL: ISENTA

Nº DO CONTRATO: 7120
CEP: 13.843.000
CÓD. EMP.: 0920712

VALOR POR EXTENSO: (CINQUENTA REAIS)
****
****

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

CAMARA MUNIC DE ESTIVA GERBI C.G.C.67.168.872/0001-34

NOTA DE ORDEM DE PAGAMENTO Numero 235/1.999

UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIANA 3.9 Pagina 1
AV. MOJI MIRIM, 2679 MOJI GUACU SP

Valor Liquido --> 50,00 Vencto
CINCOENTA REAIS **********
****
****

Historico
CONSULTAS EXCEDENTES DE ASSO CIADO REFERENTE AO MES DE AGOS
TO, DESCONTADO EM FL PAGTO MES DE SETEMBRO DE 1999

Especificacao	Empenho	Valor
Saldo Anterior	Valor Debitado	Saldo Atual NE
	24-000/1999	50,00
50,00	50,00	0,00

Valor Bruto	Irrf	Iss	Outros	Liquido
50,00				50,00

ESTIVA GERBI 20 de Agosto de 1.999

A U T O R I Z A C A O P A R A P A G A M E N T O

Data..: / /

Ordenador da Despesa:.....: Ver.Antonio Aparecido Del Giudice
PRESIDENTE

E F E T I V A C A O D O P A G A M E N T O

A importancia supra autorizada foi por mim(nos) recebida na tesouraria da Camara Municipal de Estiva Gerbi:

Data..: / /
Cheque:
Banco.:

Nome...:_____
Identif:_____

R E G I S T R O

Efetuamos o pagamento acima autorizado, na data e local mencionados,cuja operacao fora registrada s folhas_____do Livro Caixa No._____

Responsavel p/Tesouraria..: ROSANNA CIARAMELLA VIEIRA :_____

CÂMARA MUNICIPAL DE ESTIVA GERBI

ESTADO DE SÃO PAULO

ORDEM DE PAGAMENTO

TOTAL [X] PARCIAL [ ]

Determino o Pagamento a seguir descrito:.....

Interessado:.UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIANA

Valor R$:.50,00 (cinquenta reais)

Proc. N°.....Empenho (s).....

Dotações Oneradas.: Extraorçamentária

Natureza da Despesa: pagamento de consultas excedentes de associado descontados em folha de pagamento do mês de Setembro

Estiva Gerbi, 20 de Setembro de 1999

Ordenador da Despesa: ..... : . Ver. Antonio Amarildo Del Giudice
Presidente

QUITAÇÃO

A importância supra autorizada foi por mim (nós) recebida na tesouraria da Câmara Municipal de Estiva Gerbi, através do (s) Cheque (s) N° (s) 001471

Da Nossa Caixa Nosso Banco

Por ser verdade firmamos o presente. Estiva Gerbi, 20 de Setembro de 1999

Nome.....

Identif.....

REGISTRO

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

Responsável p/ Tesouraria..... : .....

OBSERVAÇÕES

=50,00=

cinquenta reais*.
*.

Unimed Regional da Baixa Mogiana

Estiva Gerbi, 20 setembro 99

CÓPIA DE CHEQUE Nº 001471

VISADO CRUZADO

DO BANCO Nossa Caixa Nosso Banco

UTILIZADO PARA pagamento de consultas excedentes de associado referente ao mes de setembro de 99, descontado em folha de pagamento do mesmo mes

VISTOS		CONTADOR

CAIXA	
C/ CORRENTE	
TALÃO	035

CHEQUE ASSINADO POR:

VER. ANTONIO AMARILDO DEL GIUDICE
Presidente

VERª SANDRA MARIA FELIX DE OLIVEIRA
1º Secretário

Gramuli