

ANEXO I – REQUERIMENTO PADRÃO COM DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

CÂMARA MUNICIPAL DE MACEIÓ

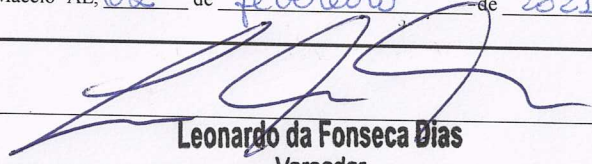
REQUERIMENTO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS PARA FINS DE RESSARCIMENTO DE VERBA INDENIZATÓRIA DE ATIVIDADE PARLAMENTAR - VIAP
LEI MUNICIPAL Nº 5.917/2010

VEREADOR:		
CPF:		
MÊS/ANO:		
ITEM	DESCRIÇÃO DA DESPESA	VALOR
1	Aquisição e/ ou locação de software;	
2	Serviços postais;	
3	Assinaturas de jornais, revistas e periódicos;	
4	Assinatura de TV e internet;	
5	Locação, manutenção e reparação de moveis e equipamentos	
6	Cópias heliográficas, reprográficas, digitalizações de documentos e digitação de textos e planilhas;	
7	Portes de correspondência, registros postais, aéreos, telegramas, radiogramas, mensagens eletrônicas por dispositivos móveis e de apoio e monitoramento de redes sociais;	
8	Serviços de telefonia fixa ou móvel;	
9	Serviços de Filmagens e fotografias;	
10	Gastos com Reuniões, eventos e seminários;	
11	Alimentação do parlamentar e assessores;	R\$: 320,00
12	Gastos com viagens especificadas;	
13	Serviços Contábeis;	
14	Serviços Jurídicos;	
15	Serviços de Marketing;	
16	Edição de jornais, livros, revistas e impressos gráficos;	
17	Produção de vídeo e/ou áudio para divulgação em meios de comunicação;	
18	Veiculação de propaganda e publicidade;	
19	IPTU, Taxas, energia elétrica, água, serviços de limpeza, quando o gabinete for fora da sede da Câmara;	
20	Materiais de expediente e consumo;	
21	Outras despesas: especificar.	
TOTAL:		R\$

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro para os devidos fins de direito, que assumo inteira responsabilidade pela veracidade, legitimidade e autenticidade dos documentos constantes nesta prestação de contas de verba indenizatória de atividade parlamentar- VIAP, conforme determina a legislação vigente.

Maceió- AL, 02 de fevereiro de 2021.



Leonardo da Fonseca Dias

Vereador
Maceió - Alagoas

ANEXO I

JANEIRO

VEREADOR: LEONARDO DIAS		CPF: 030.842.004-36	PROCESSO Nº 2020019/2021		
DOCUMENTO					
TIPO	Nº	FORNECEDOR	CNPJ/CPF	DESPESAS	VALOR
NFC-E	37607	AMARA DE SALES SILVA	08.845.239/0001-74	ALIMENTAÇÃO	320,00

1. Saldo Excedente Mês Anterior	0,00
2. Gastos Comprovados	320,00
3. (-) Despesas Glosadas	0,00
4. (-) Excessos de Gastos	0,00
5. Saldo a Indenizar	320,00