



**CÂMARA MUNICIPAL DE SANTANA DA VARGEM**  
PRAÇA PREFEITO HERNANI PEREIRA SCATOLINO Nº 50.  
TELEFONE: (35) 3858 - 1229

**ANEXO III**

**DO RELATÓRIO E PRESTAÇÃO DE CONTAS**

|                                                                                                                                                                                                                                             |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| NOME DO BENEFICIÁRIO: <u>Bruna Renata Teodoro Silva</u>                                                                                                                                                                                     |                                      |
| CARGO: <u>vereador / presidente</u>                                                                                                                                                                                                         |                                      |
| Localidade de Destino: <u>Belo Horizonte</u>                                                                                                                                                                                                | Quilometragem: <u>270km aproxim.</u> |
| Data de Ida: <u>16/07/2025</u>                                                                                                                                                                                                              | Horário de Partida:                  |
| Data de Retorno: <u>18/07/2025</u>                                                                                                                                                                                                          | Horário de Chegada:                  |
| Meio de Transporte Utilizado: <u>veículo legislativo</u>                                                                                                                                                                                    |                                      |
| Benefícios Auferidos com a Viagem: <u>Conhecimento, aprimoramento técnico sobre o processo legislativo, capacitação para fortalecimento da minha atuação como vereadora o que contribui para melhoria da qualidade do serviço prestado.</u> |                                      |
| Documentos Comprobatórios do Efetivo Deslocamento: <u>Certificado de</u>                                                                                                                                                                    |                                      |
| Há valor para ressarcimento?<br>( ) Sim. Qual? _____<br>(x) Não.                                                                                                                                                                            |                                      |
| Obs: se sim, anexar comprovantes.                                                                                                                                                                                                           |                                      |
| <u>Bruna R.T. Silva</u><br>Assinatura do Beneficiário.                                                                                                                                                                                      |                                      |
| Data: ____/____/20__                                                                                                                                                                                                                        |                                      |
| O Servidor acima está regular com a prestação de contas de diárias.<br>( ) Sim<br>( ) Não. Motivo: _____                                                                                                                                    |                                      |
| <u>_____</u><br>Assinatura Responsável Controle Interno.                                                                                                                                                                                    |                                      |
| Data: ____/____/20__                                                                                                                                                                                                                        |                                      |
| A Contabilidade está de acordo com a prestação de contas.<br>( ) Sim.<br>( ) Não. Motivo: _____                                                                                                                                             |                                      |
| <u>_____</u><br>Assinatura Responsável Contabilidade.                                                                                                                                                                                       |                                      |
| Data: ____/____/20__                                                                                                                                                                                                                        |                                      |
| ( ) Deferido<br>( ) Indeferido. Motivo: _____                                                                                                                                                                                               |                                      |
| <u>_____</u><br>Assinatura Presidente da Câmara.                                                                                                                                                                                            |                                      |
| Data: ____/____/20__                                                                                                                                                                                                                        |                                      |

# CERTIFICADO

PARTICIPANTE

**Bruna Renata Teodoro Silva**

**Certificamos a participação no Seminário de formação legislativa, Processo  
e Técnica Legislativa Municipal:  
Fundamentos e Prática para uma Legislação Eficaz  
com carga horária de 11 horas. Realizado nos dias 17 e 18 de julho de 2025.**



Rafael Camilo de Souza Lelis  
Diretor



Jaír Rosa Costa  
Vice-Diretor

Getnet<sup>TM</sup> Via Cliente  
BETIM - MG 18/07/25 13:28:13 PIX

TERM: 15158785

ID/TRANSAÇÃO  
01001000000014072426745581551  
VALOR R\$ 73,20

DADOS DO ESTABELECIMENTO

INSTITUIÇÃO: Banco Santander  
NOME: ESPAÇO HAZZ LTDA EPP  
CPF/CNPJ: 53.053.081/0001-90

EM CASO DE DUVIDAS, ENTRE EM CONTATO  
COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO GETNET  
4003 4000

SICOOB

PAINEIRAS DA SERRA LANCHES

18/07/25 15:36:54 25.380.437/0001-29

EC:105799710001 TRM:20606060

ID:0537CTVUQWPBTC642375301752863816043

Pix R\$ 55,00

BRUNA R TEODORO SILVA

VIA DO ESTAB.

8PC213.D1393R

Iaranjinna

DEBITO

It30

VIA CLIENTE (L)

SN302636 16/07/25 20H12

VISA ELECTRON 8448974

AID:80000000032010

HOTEL MONTE CAR

R S PAULO 496

CNPJ:22.176 367/0001-01

BELO HORIZONTE/MG

R\$290,00

AUTO:272756

PagBank

VIA CLIENTE

AUTO:148297

COMPRA DEBITO VISA ELECTRON

R\$44,52

17/JUL/2025 13:24

\*\*\*\*\*0974

APETITE

AVENIDA AMAZONAS 100 LOJA 05

BELO HORIZONTE - MG

CV:523140

CNPJ:45.673.740/0001-27

SNPOS:J9A402881685