



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MURIAÉ**  
ESTADO DE MINAS GERAIS

**Fundo Municipal de Saúde**

20 \_\_\_\_\_ Empenho nº \_\_\_\_\_

**VALOR R\$** \_\_\_\_\_

ASSUNTO: \_\_\_\_\_

INTERESSADO: \_\_\_\_\_

EMPENHADO EM: \_\_\_\_\_

LIQUIDADADO EM: \_\_\_\_\_

PAGO EM: \_\_\_\_\_