

 Município de Santa Cruz do Sul			PRESTAÇÃO DE CONTAS		DEMONSTRATIVO INTEGRAL DE DESPESAS		
Data do Pagamento	Categoria da Despesa	CPF/CNPJ do Fornecedor/Prestador	Nome do Fornecedor/Prestador	Nº Nota Fiscal	Nota Fiscal	Valor Bruto	Valor Pago
TOTAL						R\$ 0,00	R\$ 0,00
Santa Cruz do Sul, xx/xx/xxxx		_____ xxxxx CONTADOR CRC – xxxxxxxx			Xxxxx PRESIDENTE		