



Prefeitura do Município de Pato Bragado

ESTADO DO PARANÁ

Secretaria de Administração e Finanças

CNPJ Nº 95.719.472/0001-05

Av. Willy Barth, 2885, Fone/Fax (45) 3282-1355
www.patobragado.pr.gov.br

NOTA DE EMPENHO / LIQUIDAÇÃO

Nº DO EMPENHO / TIPO

005809/2014 Ordinário

RECURSO

Orçamentário

ÓRGÃO

02 Executivo Municipal

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA

09 Fundo Municipal de Saúde

1030214502.041000 Manutenção das Atividades de Assistência

339014.00.00.00 DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL

3884

DOTAÇÃO

339014.14.05 DESPESAS DE VIAGENS REALIZ.REG.RESSARC-

Nº DA CONTA

3888

CREADOR

2.031 CHARLES J. WEGNER

0

CPF/CNPJ: 704.083.519-34

ENDEREÇO RUA MARINGÁ SN CENTRO

FONE

CIDADE PATO BRAGADO

PR

MODALIDADE DE LICITAÇÃO

Dispensada por Li

NÚMERO

DATA HOMOLOGAÇÃO

Nº DO CONTRATO

PROC. COMPRA

A.C.P.

EMIÇÃO

VENCIMENTO

16.06.2014

16.06.2014

VALOR ORÇADO

10.000,00

SALDO ANTERIOR

6.101,36

VALOR DO EMPENHO

16,00

SALDO ATUAL

6.085,36

ITEM

QUANTIDADE

UNID.

ESPECIFICAÇÃO

VALOR UNITÁRIO

VALOR TOTAL

1

1

Reembolso de despesas de 2 café para o motorista Charles Wegner, para transporte de pacientes que necessitam de tratamento médico fora do município.

16,00

16,00

FONTE DE RECURSOS

00303 Saúde - Receitas Vinculadas (EC 29/00 -

TOTAL GERAL

16,00

EMITIDO POR

VISTO

PAGAMENTOS PARCIAIS

DATA

ORDEM

VALOR R\$

SALDO A PAGAR

Maria

FUNCIÁRIO(A)

MC

SECRETÁRIO(A) DE FINANÇAS

ORDEN DE PAGAMENTO

PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO. PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO.

DE

DE

PREFEITO(A) DO MUNICÍPIO

RECIBO

R\$

DECLARO(AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS QUE, RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTE EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.

DE

DE

NOME:

CPF:

BANCO

AUTENTICADO Nº 040726145281480055092024PG

11.00

Nº CHEQUE

Nº DA CONTA

Comp Banco Agência \ DV C1 Conta C2 Sôrio Cheque No C3
009 001 0859 1 2 37.985-2 1 001 201466 1 R\$ #16.00#
009 001 0859 1 2 37.985-2 1 001 201466 1

Pague por este cheque a quantia de **Dezesseis reais*******

a CHARLES J. WEGNER*****

ou à sua ordem

Pato Bragado 23 de Junho de 2014



MAL. CANDIDO RONDON PR
00.000.000/1025-12
14-EMPRESAS 5046

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PATO BRAGADO
CNPJ 12.232.808/0001-83
CLIENTE BANCÁRIO DESDE 05/2011

RESTAURANTE E LANCHONETE LTDA

Rua Curitiba, 1215 - Centro - CEP 85.802-000 - Cascavel - Paraná
 CNPJ: 82.472.432/0001-60 - CAD-ICMS: 904.65825-16

NOTA FISCAL DE VENDA AO CONSUMIDOR SÉRIE "D-1"

1ª Via Branca - 2ª Via Azul - 3ª Via Jornal

Data Emissão: 12.6.14 Nº 10691

Sr.: _____
 End.: _____

Quant.	Discriminação das Mercadorias	P. Unit.	TOTAL
1	CAFE		8.00

GRÁFICA NADAI LTDA. Foz do Iguaçu - PR
 CNPJ 82223660/0001-04 Inscr. Est. 422.06791-57
 50 Bls. 50x3 de 10.501 à 13.000 AIDF 57130229-03 - 05/14. TOTAL 8.00

Casa Di Caffé

A DA SILVA - CAFE - ME

(45) 8822-7670 / 9946-6701

Rua Afonso Pena, 1624 - Centro - CEP 85812-101 - Cascavel - Paraná

CNPJ 18958331/0001-02 Inscr. Est. 9064359000

Nota Fiscal de Venda a Consumidor - SÉRIE "D-1"

Data: 10.06.2014 Nº 171

Nome: _____
 End.: _____

QUANT.	DESCRIÇÃO	P. UNIT.	TOTAL
	café		8.00

PROCON-PR - www.pr.gov.br/proconpr 40800-41.3512 Fax: (41) 3219-7400
 Rua Afonso Pena, 1624 - Centro - CEP 85812-101 - Cascavel - Paraná
 Inscr. Est. 9064359000
 AIDF Nº 56493392-01 de 11/2013. TOTAL R\$ 8.00

3-3809

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO^o	
SECRETARIA MUNICIPAL DE: SAÚDE	
DEPARTAMENTO: SAÚDE	
JUSTIFICATIVA: Fornecimento de café para o motorista Charles Wegner, para transporte de pacientes que necessitam de tratamento médico fora do município.	
OBJETO: Recembolso Café	
Valor Estimado: R\$ 16,00	
Solicitado Por: Marciane Maria Specht	Assinatura <u>Marciane Maria Specht</u>
Data da Solicitação: 17/06/2014	Carimbo CPF: 003.926.889-54 Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belo Bragado - PR

DEPARTAMENTO DE COMPRAS E PLANEJAMENTO	
RECURSO ORÇAMENTÁRIO	
Dotação: <u>3868</u>	
Data do Encaminhamento ____/____/____	Assinatura _____
Carimbo	

SECRETARIA DE FINANÇAS	
Autorização Financeira	
() Autorizado () Não Autorizado	
Data ____/____/____	Assinatura _____
Carimbo	
RECURSO FINANCEIRO	
() Possui () Não Possui	
FORMA DE PAGAMENTO Até 30 dias	

GABINETE DO PREFEITO	
() Autorizado () Não Autorizado	
Data ____/____/____	Assinatura _____
Carimbo	

RECEBIMENTO DE NOTA FISCAL	
Empresa Orçada: _____	
Pedido Recebido em ____/____/____	Assinatura _____
NF Recebida em ____/____/____	Carimbo