



Prefeitura do Município de Pato Bragado

ESTADO DO PARANÁ

Secretaria de Administração e Finanças

CNPJ Nº 95.719.472/0001-05

NOTA DE EMPENHO / LIQUIDAÇÃO

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

Nº DO EMPENHO / TIPO

010036/2014 Ordinário

RECURSO

Orçamentário

ORGÃO

02 Executivo Municipal

UNIDADE ORÇAMENTARIA

09 Fundo Municipal de Saúde

1030114502.040000 Manutenção das Atividades do Fundo Munic

339014.00.00.00 DIARIAS - PESSOAL CIVIL

3322

339014.14.05 DESPESAS DE VIAGENS REALIZ.REG.RESSARC-

3326

DOTAÇÃO

Nº DA CONTA

CREADOR

4.248 AUGUSTO IRENEU BORSSOI

0

CPF/CNPJ: 482.193.207-53

Rua PARANAGUA Borelli

FONE

PATO BRAGADO

PR

MODALIDADE DE LICITAÇÃO

Dispensada por Li

NÚMERO

DATA HOMOLOGAÇÃO

Nº DO CONTRATO

PROC. COMPRA

A.C.P.

EMIÇÃO

06.10.2014

VENCIMENTO

06.10.2014

VALOR ORÇADO

10.200,00

SALDO ANTERIOR

5.519,00

VALOR DO EMPENHO

100,00

SALDO ATUAL

5.419,00

ITEM	QUANTIDADE	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	1		Reembolso despesas com alimentação em deslocamento a cidade de Mal. Cdo. Rondon, no periodo de 30/09 a 03/10/14, participar do Treinamento de UBV - Costal - Controle de Dengue	100,00	100,00

FONTE DE RECURSOS

00303 Saúde - Receitas Vinculadas (EC 29/00 -

TOTAL GERAL

100,00

EMITIDO POR

VISTO

PAGAMENTOS PARCIAIS

DATA

ORDEM

VALOR R\$

SALDO A PAGAR

[Signature]
FUNCIONÁRIO(A)

[Signature]
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, RECEBEMOS) A IMPORTANCIA DESTE EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGAVEL QUITAÇÃO.

DE _____ DE _____

NOME

CPF:

AUTENTICAÇÃO

557 24020140434427613036261198

100 00

BANCO

Nº CHEQUE

Nº DA CONTA

RECANTO NATURAL

GF Restaurante e Choperia Ltda.

Fone: (45) 3254-5919

Rua 7 de Setembro, 737 - Centro - CEP 85960-000 - Marechal Cândido Rondon - PR
CNPJ 82.392.887/0001-75 - Inscr. Est. 417.03048-40

NOTA FISCAL DE VENDA A
CONSUMIDOR - Série "D"

12071

Data: 30/09/14
 Nome: Rest de Palo Brasileiro
 End.: _____
 CNPJ/CPF: _____ Inscr. Est. /RG: _____

Quant.	Discriminação	P. Unit.	TOTAL
	<u>Amoço</u>		<u>25,00</u>

Tributos Totais Estimados Nesta Nota Fiscal (Lei:12.741/2012): _____ %R\$

PROCON/PR
www.pr.gov.br/proconpr - 0800-41-1512
 Rua Alameda Cabral, 184 - Centro - Curitiba - PR
 CEP 80410-210 - FAX (41) 3219-7400 / (45) 3277-7555

Documento emitido por empresa optante pelo Simples Nacional, - Não gera direito a crédito de ICMS.

Telegraf - Impressos Gráficos Ltda. - Fone 3378-1424 - Toledo - PR
 CNPJ 01.568.132/0001-87 - Inscr. Est. 901.20195-10 - 60 B/s.
 50x3 de 11.751 a 14.750 - Série "D" - Aut. Imp. 57310972-08 - 08/08/2014

TOTAL R\$ 25,00

RECANTO NATURAL

GF Restaurante e Choperia Ltda.

Fone: (45) 3254-5919

Rua 7 de Setembro, 737 - Centro - CEP 85960-000 - Marechal Cândido Rondon
CNPJ 82.392.887/0001-75 - Inscr. Est. 417.03048-40

NOTA FISCAL DE VENDA A
CONSUMIDOR - Série "D"

12084

Data: 01/10/14
 Nome: Procter & Gamble de Palo Brasileiro
 End.: _____
 CNPJ/CPF: _____ Inscr. Est. /RG: _____

Quant.	Discriminação	P. Unit.	TOTAL
	<u>Amoço</u>		<u>25,00</u>

Tributos Totais Estimados Nesta Nota Fiscal (Lei:12.741/2012): _____ %R\$

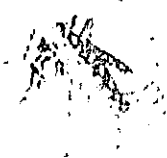
PROCON/PR
www.pr.gov.br/proconpr - 0800-41-1512
 Rua Alameda Cabral, 184 - Centro - Curitiba - PR
 CEP 80410-210 - FAX (41) 3219-7400 / (45) 3277-7555

Documento emitido por empresa optante pelo Simples Nacional, - Não gera direito a crédito de ICMS.

Telegraf - Impressos Gráficos Ltda. - Fone 3378-1424 - Toledo - PR
 CNPJ 01.568.132/0001-87 - Inscr. Est. 901.20195-10 - 60 B/s.
 50x3 de 11.751 a 14.750 - Série "D" - Aut. Imp. 57310972-08 - 08/08/2014

TOTAL R\$ 25,00

BORSSOI



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
20ª REGIONAL DE SAÚDE TOLEDO - PR
DVVGS-SCVSAT



Ofício Circ nº 008/2014

Toledo, 16 de Agosto de 2014

DA 20ª Regional de Saúde - DVVGS-SCVSAT
PARA: Secretários(as) Municipais de Saúde
Com vistas aos coordenadores Municipais de controle da Dengue.

3326

Solicitamos a presença dos coordenadores e dos servidores indicados para o treinamento de UBV-Costal que acontecerá no município de Marechal Cândido Rondon no período de 30 de setembro de 2014 ao dia 03 de outubro de 2014.

O traslado, como também a alimentação destes servidores e de responsabilidade do município.

Lembramos a todos os gestores e secretários municipais de saúde a importância deste treinamento pois estaremos preparando os servidores para o enfrentamento a Dengue que certamente acontecerá com a chegada do verão, além de que este treinamento é uma exigência do Ministério Público.

O treinamento acontecerá no QG da Dengue - na Rua São Pedro S/N próximo ao SESI e ao Portal da entrada da cidade.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente

Valter Baez

Coordenador do PNCD-MERS

20ª REGIONAL DE SAÚDE
DVVGS/SCVSAT
Rua São Barbosa 1850 - Toledo - Paraná - Brasil
Fone: (41) 3379-9340 - 45 - 3379-6911
legis@rs-2080.pr.gov.br

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE: SAÚDE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

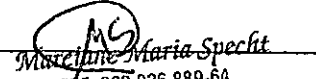
JUSTIFICATIVA: Reembolso de alimentação para Augusto Borssoi, que participou do treinamento de UBV - Costal. Conforme convite em anexo

OBJETO: Reembolso de alimentação.

Valor Estimado R\$ 100,00

Solicitado Por: Marciane Maria Specht

Assinatura



Data da Solicitação: 06/10/2014.

Carimbo

CPF: 003.926.889-64
Secretaria Municipal de Saúde do
Município de São José do Bonfim, PB

DEPARTAMENTO DE COMPRAS E PLANEJAMENTO

RECURSO ORÇAMENTÁRIO

Dotação: _____

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