



# 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

RECURSO

010167/2014 Ordinário

Orcamentário

ORGÃO

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA

02 Executivo Municipal

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

1.072 LUIS ALBERTO FRITZEN BEUREN.

0

CPF/CNPJ: 605.461.749-49

ENDEREÇO RUA MARINGÁ 2616 CENTRO

FONE

CIDADE PATO BRAGADO

PR

MODALIDADE DE LICITAÇÃO

NÚMERO

DATA HOMOLOGAÇÃO

Nº DO CONTRATO

PROC. COMPRA

A.C.P.

EMIÇÃO

VENCIAMENTO

Dispensada por Li

10.10.2014

10.10.2014

VALOR ORÇADO

SALDO ANTERIOR

VALOR DO EMPENHO

SALDO ATUAL

10.000,00

2.944,04

25,00

2.919,04

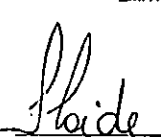

ITEM	QUANTIDADE	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1		Reembolso despesa com alimentação em deslocamento a cidade de Cascavel - Pr, transportar o paciente Renato Kunzler.	25,00	25,00

FONTE DE RECURSOS

00303 Saúde - Receitas Vinculadas (EC 29/00 -

TOTAL GERAL

25,00

EMITIDO POR  FUNCIONÁRIO(A)	VISTO  SECRETÁRIO(A) DE FINANÇAS	PAGAMENTOS PARCIAIS			
		DATA	ORDEM	VALOR R\$	SALDO A PAGAR

### ORDEM 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:

605.461.749-49

BANCO

ADVERTÊNCIA Nº 0101687201-PPG

25,00

Nº CHEQUE

Nº DA CONTA

Comp 009 Banco 001 Agência 0839 DV 1 C1 2 Conta 37.903-2 C2 1 Série 001 Cheque N.º 201531 C3 0 R\$ (25,00)

Pague por este cheque a quantia de

(VINTE E CINCO REAIS) \*\*\*\*\*(R\$ 25,00)\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

a Louis Alberto F. Beuren.


ou à sua ordem

PATO BRAGADO, 14 OUTUBRO de 2014

**BANCO DO BRASIL**

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

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PATO BRAGADO  
CNPJ 12.232.808/0001-03  
CLIENTE BANCARIO DESDE 05/2011



## Restaurante Regazon Ltda.

Fone: (45) 3254-3218

Rua Independência, 1696 - Centro  
85.960-000 Marechal Cândido Rondon - Paraná

CNPJ 80.231.400/0001-47 I.E. 41702759-99

**Nota Fiscal Venda Consumidor** 1ª Via (Branca) 2ª Via (Amarelo)  
Série «D» 3ª Via (Jornal)

Data: 06 de 10 de 2014 Nº 62472

Nome: Prefeitura do mun. de Pato Bragado

Endereço: \_\_\_\_\_

CNPJ/CPF: \_\_\_\_\_ CCE/RG: \_\_\_\_\_

Quant.	DESCRIMINAÇÃO	Unid.	VALOR
02	lanchas		25,00
			}
			Total da Nota: R\$ 25,00

Documento emitido por ME ou EPP. Opção pelo SIMPLES NACIONAL. NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS.

PLOCN-PA - www.pa.gov.br/proconpr - 0800-41-1512 - Rua Alcântara Cabral, 104 - Centro, Curitiba - PR - CEP 80410-210 - Fone (41) 3219-7400  
P-75007 [3284-2738] Douglas Adriano Moldaner ME, Trevisso Santa Cristo, 1863 | Lot Gauer | MC Rondonia [PR]  
[CNPJ: 68.850.627/0001-75] | I.E. 41703447-10 | ISD B5: [50x3] 69301 o 42800 [Série D] | AIDF 56721232-21 | 02/2014

**SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSÓ**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE: SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**

**JUSTIFICATIVA:** Fornecimento de lanche para o motorista Luiz Beuren , levar paciente para Cascavel, havendo a necessidade da enfermeira Dácia Regina Hassemer a acompanhar no transporte. **PACIENTE:** Renato Kunzler

**OBJETO:** Reembolso 02 lanches

**Valor Estimado R\$ 25,00**

Solicitado Por: Marciane Maria Specht

Assinatura \_\_\_\_\_

*Marciane Maria Specht*  
CPF: 003.926.889-64  
Secretária Municipal de Saúde do  
Município de Ponta Grossa - PR

Data da Solicitação: 13/09/2014

Carimbo \_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO DE COMPRAS E PLANEJAMENTO**

**RECURSO ORÇAMENTÁRIO**

Dotação: \_\_\_\_\_

3888

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

**SECRETARIA DE SAÚDE**

( ) Autorizado

( ) Não Autorizado

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Carimbo \_\_\_\_\_

**SECRETARIA DE SAÚDE**