



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

010323/2014 Ordinário

RECURSO

Orcamentário

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

388

339014.14.05 DESPESAS DE VIAGENS REALIZ. REG. RESSARC-

388

DOTAÇÃO

Nº DA CONTA

CREADOR

2.045 SIDNEY ESQUISSATO

0

CPF/CNPJ: 681.005.829-04

ENDEREÇO

RUA CURITIBA 520 CENTRO

FONE

CIDADE

PATO BRAGADO

MODALIDADE DE LICITAÇÃO

Dispensada por Li

NUMERO

DATA HOMOLOGAÇÃO

Nº DO CONTRATO

PRC. COMPRA

A.C.P.

EMISSÃO

17.10.2014

VENCIMENTO

17.10.2014

VALOR ORÇADO

10.000,00

SALDO ANTERIOR

2.911,04

VALOR DO EMPENHO

65,00

SALDO ATUAL

2.846,00

ITEM

QUANTIDADE

UNID.

ESPECIFICAÇÃO

VALOR UNITARIO

VALOR TOTAL

1

1

Reembolso despesa com alimentação (Café), em deslocamento para transporte de pacientes que necessitam de atendimento médico fora do município de Pato Bragado.

65,00

65,00

FONTE DE RECURSOS

00303 Saúde - Receitas Vinculadas (EC 29/00 -

TOTAL GERAL

65,00

EMITIDO POR

VISTO

PAGAMENTOS PARCIAIS

DATA

ORDEM

VALOR R\$

SALDO A PAGAR

FUNCIONÁRIO(A)

SECRETÁRIO(A) DE FINANÇAS

ORDEM DE PAGAMENTO

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

RECIBO

R\$

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

DE

DE

DE

DE

PREFEITO(A) DO MUNICÍPIO

NOME:

CPF:

BANCO

14 003 121320840532632010323201495

15-00

Nº CHEQUE

Nº DA CONTA

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE: SAÚDE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA: Fornecimento de café da manhã e janta para o motorista Sidney Esquissato, para transporte de pacientes que necessitam de atendimento médico fora do município, conforme notas fiscais em anexo.

OBJETO: Café da manhã e janta.

Valor Estimado R\$ 65,00

Solicitado Por: Marciane Maria Specht

Assinatura _____

Data da Solicitação: 17/10/2014

Carimbo _____

Marciane Maria Specht

CPF: 003.926.889-54

Secretaria Municipal de Saúde
Município de Pato Branco - PR

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

GABINETE DO PREFEITO

Autorizado

Não Autorizado

Data ____/____/____

Assinatura _____

Carimbo _____

RECEBIMENTO DE NOTA FISCAL

Empresa Orçada: _____

Pedido Recebido em ____/____/____

Assinatura _____

NF Recebida em ____/____/____

Carimbo _____

