



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

011428/2014 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 DIARIAS - PESSOAL CIVIL

3884

339014.14.05 DESPESAS DE VIAGENS REALIZ.REG.RESSARC-

Nº DA CONTA

3888

DOTAÇÃO

CREADOR

2.031 CHARLES J. WEGNER

0

CPF/CNPJ: 704.083.519-34

RUA MARINGA SN CENTRO

0 FONE

PATO BRAGADO

PR

MODALIDADE DE LICITAÇÃO

Dispensada por Li

NUMERO

DATA HOMOLOGAÇÃO

Nº DO CONTRATO

PROC. COMPRA

A.G.P.

EMISSÃO

VENCIMENTO

19.11.2014

19.11.2014

VALOR ORÇADO

10.000,00

SALDO ANTERIOR

1.873,04

VALOR DO EMPENHO

185,80

SALDO ATUAL

1.687,24

ITEM

QUANTIDADE

UNID.

ESPECIFICAÇÃO

VALOR UNITÁRIO

VALOR TOTAL

1

1

Reembolso despesas com alimentação em deslocamento as cidades de Toledo, Casacvel e Palotina - Pr, para transportar pacientes que necessitam de tratamento médico fora do município de Pato Bragado.

185,80

185,80

FONTE DE RECURSOS

00303 Saúde - Receitas Vinculadas (EC 29/00 -

TOTAL GERAL

185,80

EMITIDO POR

VISTO

PAGAMENTOS PARCIAIS

DATA

ORDEM

VALOR R\$

SALDO A PAGAR

FUNCIONÁRIO(A)

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 DESTA EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.

DE

DE

NOME

CPF

BANCO

AUTENTICADO: 808-071120140569123011428201405

195.00-

Nº CHEQUE

Nº DA CONTA

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE: SAÚDE

DEPARTAMENTO: SAÚDE

JUSTIFICATIVA: Fornecimento de Almoço para o motorista Charles Wegner, para transporte de pacientes que necessitam de tratamento médico fora do município.

OBJETO: Reembolso de café e refeição.

Valor Estimado: R\$ 185,80

Solicitado Por: Marciane Maria Specht

Assinatura

Data da Solicitação: 21/11/2014

Carimbo

Marciane Maria Specht
CPF: 003.926.889-61

Secretaria Municipal de Saúde
Município de Pato Branco - PB

DEPARTAMENTO DE COMPRAS E PLANEJAMENTO

RECURSO ORÇAMENTÁRIO

Dotação: 388.8

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

