



# Prefeitura do Município de Pato Bragado

ESTADO DO PARANÁ

## Secretaria de Administração e Finanças

CNPJ Nº 95.719.472/0001-05

Av. Willy Bailli, 2885. Fone/Fax (45) 3322-1355  
www.patobragado.pr.gov.br

NOTA DE EMPENHO / LIQUIDAÇÃO

004866/2015 Ordinário Orçamentário

ORGÃO

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA

02 Executivo Municipal

09 Fundo Municipal de Saúde

1030114502.040000 Manutenção das Atividades do Fundo Munic

339014.00.00.00 DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL

3069

390314.14.05 DESPESAS DE VIAGENS REALIZ.REG.RESSARC-

3073

PREPORA FIDEJUSSO

CÓDIGO BANCÁRIO

5.631 ROSEMERI TERESINHA GAUER

0

CPF/CNPJ: 004.693.679-38

LINHA CRISTAL

PATO BRAGADO

PR

QUANTIDADE DE LICITAÇÃO

NÚMERO

DATA DE REGISTRO

Nº DO CONTRATO

PROB. COBERTA

ACQ.

EMISSÃO

VENCIMENTO

Dispensa por Limite

25.06.2015

25.06.2015

VALOR ORÇADO

3.100,00

SALDO ANTERIOR

1.947,00

VALOR DO EMPENHO

25,00

SALDO ATUAL

1.922,00

ITEM

QUANTIDADE

UNID.

ESPECIFICAÇÃO

VALOR UNITÁRIO

VALOR TOTAL

001

1

Reembolso despesa com alimentação em deslocamento a cidade de Santa Helena, dia 25/06/2015, para participar do Encontro com Equipes ACS-Agentes Comunitários de Saúde, atendendo o Programa de Hanseníase.

25,00

25,00

CÓDIGO DE BENS

00505 Royalties Tratado de Itaipu Binacional

TOTAL GERAL

25,00

EMITIDO POR

VISTO

FUNDO MUNICIPAL

SECRETARIA DE FINANÇAS

ORDEN DE PAGAMENTO

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

PAGAMENTOS PARCIAIS

DATA

ORDEM

VALOR R\$

SALDO A PAGAR

RECIBO

R\$

DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBEREMOS A IMPORTANCIA DESTE EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOUAMOS PLENA E IRREVOGAVEL QUITAÇÃO.

DC

DE

DE

DE

PREFEITO MUNICIPAL

TIPO

INT

VALOR ORIGINAL

EMISSO

RECEBIDO

N. DA CARTA

PR 003 0007201502202280040664201596

25,00-

**SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**

**JUSTIFICATIVA:** Reembolso para Rosemeri Teresinha Gauer participou do encontro com equipes ACS, na cidade de Santa Helena realizado no dia 25/06/2015 das 08:00 as 12:00horas.

**OBJETO:** Reembolso alimentação

Valor Estimado: R\$ 25,00

Solicitado Por: Marciane Maria Specht

Assinatura \_\_\_\_\_

*Marciane Maria Specht*

Data da Solicitação: 25/06/2015

Carimbo \_\_\_\_\_

CPF: 003.026.889-84  
Secretaria Municipal de Saúde do  
Município de Pato Branco - PR

**DEPARTAMENTO DE COMPRAS E PLANEJAMENTO**

**RECURSO ORÇAMENTÁRIO**

Dotação: 3073

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 DA PREFEITA**

Autorizado

Não Autorizado

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

Assinatura \_\_\_\_\_

Carimbo \_\_\_\_\_

**RECEBIMENTO DE NOTA FISCAL**

Empresa Orçada: \_\_\_\_\_

Pedido Recebido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

NF Recebida em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carimbo \_\_\_\_\_

Recebemos de S M SCHNEIDER  
os produtos constantes da Nota Fiscal indicada ao lado

NF-e  
Nº: 000.002.513  
SÉRIE 1

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**S M SCHNEIDER**

RUA PARAGUAI 1250  
CENTRO - 85892-000  
SANTA HELENA - PR  
FONE: (45) 3268-2058

**DANFE**

Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

Nº: 000.002.513  
SÉRIE: 1 - FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

4115 0605 3143 2500 0162 5500 1000 0025 1310 0002 5133

Consulta de autenticidade no portal nacional  
da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou  
no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

141150095686483 25/06/2015 12:20:42

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
**VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
9026684380

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBS. TRIBUTÁRIO

C.N.P.J.  
05.314.325/0001-62

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
**PREFEITURA MUNC DE PATO BRAGADO**

CNPJ/CPF

95.719.472/0001-05

DATA DE EMISSÃO

25/06/2015

ENDEREÇO  
AVENIDA WILIBARTH 2885

BAIRRO  
CENTRO

CEP

85948-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

25/06/2015

MUNICÍPIO  
PATO BRAGADO

PONE/FAX

ESTADO  
PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA  
12:21:18

FATURA/DUPLICATAS

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR			
NÚMERO DA FATURA PARC A VISTA		25,00	VALOR ORIGINAL		25,00	VALOR DO DESCONTO		0,00	VALOR LÍQUIDO		25,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. DO ICMS SUBS. TRIB.	VALOR DO ICMS SUST.	V. APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	PRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	I-DESTINATARIO				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
				0,00	0,00

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B. CÁLC. DO ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
000023	ALMOCO	21069090	0002	5102	UN	1,00	25,00	25,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Marciane Maria Specht  
CPF- 003.926.889-64  
Secretaria Municipal de Saúde  
Município de Pato Bragado - PR

Declaro que os serviços / bens  
materiais foram executados,  
recebidos em  
*(Assinatura)*  
Assinatura

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Vendedor: 1 Desconto: 0,00  
DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL  
NÃO GERA DIREITO A CREDITO DE IPI  
PROCON-PR www.pr.gov.br/proconpr - 0300-41-1512  
Rua Alameda Cabral, 184 Centro, Curitiba/PR CEP 80410-210 Fax: (41) 3219-7400

RESERVADO AO FISCO

*Santa Helena*

*A/C  
Luzia*



**PARANÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
Secretaria da Saúde

Ofício Circular nº 28/SCAPS/DVAGS

Toledo, 26 de maio de 2015

Assunto: Encontro com as Equipes ACS- Agentes Comunitários de Saúde referente o Programa de Hanseníase.

Prezada Senhora:

Estamos comunicando que o encontro com os ACS do seu município, que acontecerá dia **25/06/15** das **08:00 às 12:00** horas no município de Santa Helena, será realizado na **ACISA**, Associação Comercial e Industrial de Santa Helena. Certos da presença de todos, agradecemos.

Atenciosamente

Denise Liell  
Diretora da RS

Maria Gorete Varaschin  
Chefe SCAPS

Alperi Locatelli  
Chefe DVAGS

Silma Senhora:  
Marciane Maria Specht  
Secretária Municipal de Saúde  
Pato Bragado/Pr

*Recebido  
20/06/2015*

Comp Banco Agência DV C1 Conta C2 Série Cheque N.º C3  
009 001 0859 1 2 37.984-0 2 001 202802 6  
009 001 0859 1 2 37.984-0 2 001 202802 6 R\$ #25,00#

Pague por este cheque a quantia de Vinte e cinco reais\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

ROSEMERI TERESINHA GAUER\*\*\*\*\*

ou à sua ordem

 BANCO DO BRASIL

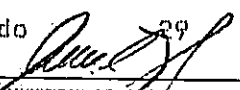
Pato Bragado

de

Junho

2015

MALCANDIDO RONDON PR  
00.000.000/1025-12  
14-EMPRESAS 5046

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