

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) 3202-1335

INDICADOR DE TIPO

CLASSIFICAÇÃO

www.patobragado.pr.gov.br

006416/2015 Ordinário ; Orçamentário

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 3062
 390314.14.07 DESPESAS DE VIAGENS REALIZ.REG.RESSARC- 3068

2.165 Marciane Marià Specht
 CPF/CNPJ: 003.926.889-64
 RUA WILLY BARTH SN CENTRO

2 715- 12729-9

PATO BRAGADO PR

REQUISIÇÃO DE LICITAÇÃO	NÚMERO	DATA EMPLACAMENTO	EMPENHAMENTO	PLANO DE CANCELAMENTO	DATA	VALIDADE	VALIDADE
Dispensa por Limite					14.08.2015	18.08.2015	
VALOR ORÇADO	10.800,00		429,00		23,00		406,00

ITEM	QUANTIDADE	UNIDADE	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
001	1		Reembolso despesas com Transporte (Taxi) em viagem a Brasília - DF, para participar do 31º Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.	23,00	23,00



00303 Saúde - Receitas Vinculadas (EC 29/00 - TOTAL GERAL 23,00

EMISSÃO	DATA	VALOR	SALDO A PAGAR

Hoide
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

MS
 SECRETARIA DE FINANÇAS

ORDEN DE PAGAMENTO

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

RECIBO

RS

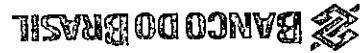
DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBEMOS A IMPORTANCIA DESTA EMPENHO CORRESPONDENTE AO VALOR DESCRITO E PELA QUAL DOUAMOS PLENA E IRREVOCÁVEL QUITAÇÃO.

DE _____ DE _____ DE _____ DE _____

[Signature]
 PREFEITO MUNICIPAL

[Signature]
 RECEBENTE

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



FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE PATO BRAGADO
CNPJ 12.232.808/0001-63
CLIENTE BANCARIO DESDE 05/2011

Pato Bragado, 18 de Agosto de 2015

Marciane Maria Spechta
ou à sua ordem

Pague por este cheque a quantia de
Vinte e três reais e trinta centavos
Conta 37.983-2 Agência 0899-1
Sédo 001 Cheque No 201704
C2 1 C3 0 R\$ #23,00H

< SICREDI TOTAL Caixa Eletronico >

0715 - ALIANCA PR/SP
Terminal: 005545 Usuario: 230
Data: 20/08/2015 Horário: 10:54:55

< COMPROVANTE DE DEPOSITO >

Favorecido: MARCIANE MARIA SPECHTA
Coop. Destino: 0715 - ALIANCA PR/SP
Conta Destino: 12729-9 - Conta Corrente

Tipo	Nro. Envelope	Horario	Valor
Cheque	4538838934	10:54h	R\$ 23,00
TOTAL DEPOSITOS			R\$ 23,00

O CREDITO EM CONTA DEPENDE DA CONFERENCIA E
CONFIRMACAO DOS VALORES PELA COOPERATIVA,
E DO CUMPRIMENTO DAS INSTRUCOES CONTIDAS
NO ENVELOPE.

DEPOSITOS EFETUADOS FORA DO HORARIO BANCARIO
E/OU DE COMPENSACAO SERAO PROCESSADOS NO
PROXIMO DIA UTIL.

Ouvitoria SICREDI - 0800 646 2519

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE: SAÚDE

DEPARTAMENTO: SAÚDE

JUSTIFICATIVA: Reembolso de taxi para Secretária de Saúde Sr^a Marciane Maria Specht, a qual juntamente com a colaboradora Débora Andreia Thomas, participou do 31º Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, na cidade de Brasília-DF. Conforme anexo.

OBJETO: Reembolso de Taxi

Valor Estimado R\$ 23,00

Solicitado Por: Marciane Maria Specht

Assinatura _____

Data da Solicitação: 17/08/2015

Carimbo _____

Marciane Maria Specht
CPF: 003.926.889-64
Secretaria Municipal de Saúde
Município de São Sebastião do
Rio Preto, SP

DEPARTAMENTO DE COMPRAS E PLANEJAMENTO

RECURSO ORÇAMENTÁRIO

Dotação: 3068

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

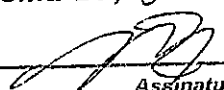
Empresa Orçada: _____

Pedido Recebido em ____/____/____

Assinatura _____

NF Recebida em ____/____/____

Carimbo _____

TAXI RECIBO		R\$ 1300
PERM.: 730		PLACA: OVA7880
Recebi (emos) de _____ a importância de R\$ _____ referente a serviços autônomos de Táxi.		
Percurso _____		
Motorista: <i>MALTON</i>	Fonc: (61) 94034584	
CNPJ/CPF:		
Apoio: Sindicato dos Permissãoários de Táxis e Motoristas Auxiliares do Distrito Federal (SINPETA XI) SEDE PRÓPRIA: CNPJ: 00.031.708/0001-00 PLL SUL - Oit. 302 - Bloco A - Brasília - DF - CEP: 70320-006 Tel(s): (61) 3224-7292 / 3223-6500 / 3365-1970 - Fax: 3224-7196	Brasília-DF, 07/08/15  Assinatura	
RECLAMAÇÕES: 156 SECRETARIA DE TRANSPORTE: (61) 3363-7350		

EXPLORAÇÃO SEXUAL É CRIME!
 O Brasil não quer isso para suas crianças e adolescentes



TAXI RECIBO <small>opção: 156 e Secretaria de Transportes 61 3363-7350</small>	Permissão: 2624	R\$ 10,00
	Tel: (61) 3363-7350	Motorista: <i>Wescanoh</i>
Destino: _____ e centavos acima. Proveniente de serviços autônomos de táxi.		
Data: 07/08/2015 Brasil: _____		
<i>Wescanoh</i>		

Assunto: Enc: XXXI Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - Confirmação de inscrição
De: Debora Thomas <debora@patobragado.pr.gov.br> [+] [x]
Data: 12/08/2015 16:14:41
Destinatário: adriane@patobragado.pr.gov.br [...]

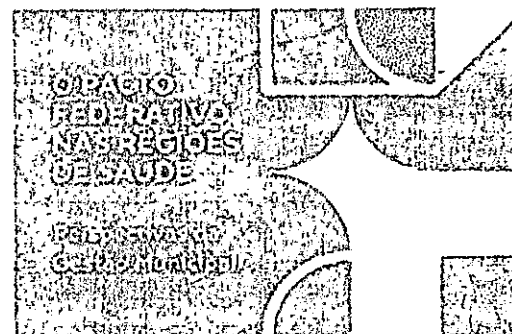
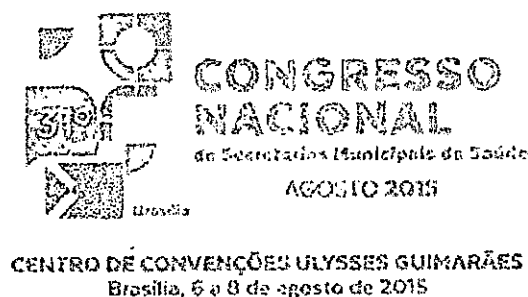
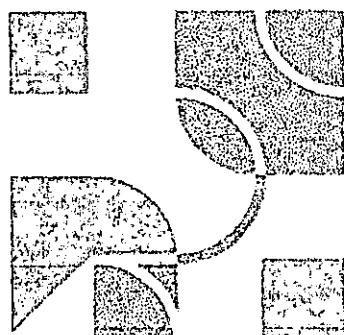
-----Mensagem original-----

Remetente: naoresponda@conasems.org.br

Para: debora@patobragado.pr.gov.br

Data: 30/07/2015 09:04:37

Assunto: XXXI Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - Confirmação de inscrição



Prezado(a) Senhor(a), **DEBORA ANDREIA THOMAS,**

Você está **inscrito(a)** no **XXXI Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.**

Para facilitar o processo de seu credenciamento e evitar filas [clique aqui](#), [acesse seu cadastro e imprima seu crachá](#), apresente-o juntamente com seu documento de identificação no dia do evento.

DADOS DE INSCRIÇÃO

CPF: **008.621.179-09**

Participante: **DEBORA ANDREIA THOMAS**

Categoria: **CONGRESSISTA**

Fone(s): **(45) 8811-5776 / (45) 8811-5776**

E-mail: debora@patobragado.pr.gov.br

Tipo: **CONGRESSO**