

Comp 009 Banco 001 Agência 0839 DV 1 C1 2 Conta 37.984-0 C2 2 Série 001 Cheque N.º 202896 C3 4 R\$ #25,00#

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

à Elira Petry*****

ou à sua ordem

Pato Bragado 16 de Junho de 2016



MALCANDIDO RONDON PR
00.006.000/1025-12
14-EMPRESAS 5046

[Signature]
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PATO BRAGADO
[CPF] 12.232.808/0001-83

CLIENTE BANCARIO DESDE 05/2011



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

005176/2016 Ordinário

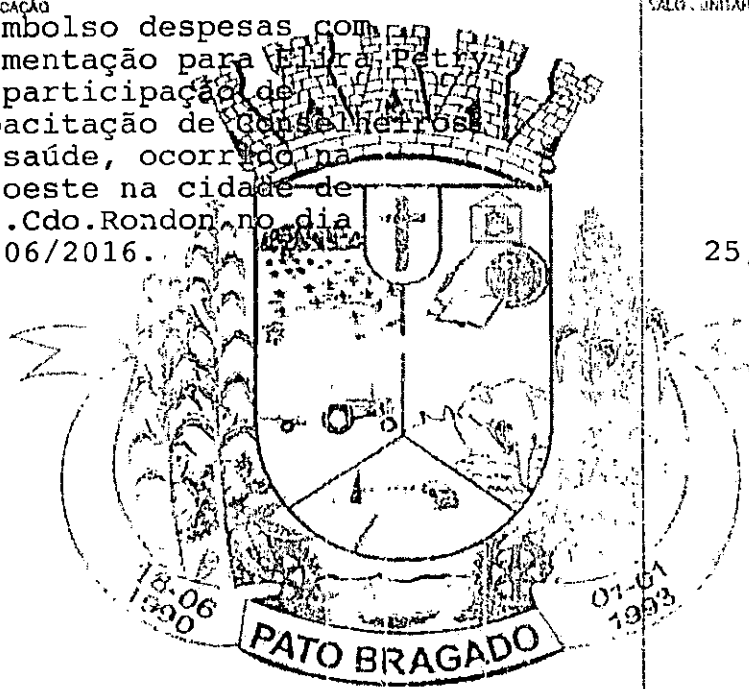
Orçamentário

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	2821
390314.14.08 DESPESAS DE VIAGENS REAL. EM REG. DE RES	5673

CREDOR / ENDEREÇO	CONTA BANCÁRIA
3.112 Elira Petry	0
CPF/CNPJ: 931.022.169-00	
RUA S/N RUA	
0 FONE	PATO BRAGADO PR


MODALIDADE DE LICITAÇÃO	NUMERO	DATA HOMOLOGAÇÃO	Nº DO CONTRATO	PROC. COMPRA	ACEP	EMISSÃO	VALIDADE
Dispensa por Limite						13.06.2016	13.06.2016
VALOR ORÇÁRIO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL				
4.000,00	1.232,86	25,00	1.207,86				

ITEM	QUANTIDADE	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITARIO	TOTAL
001	1		Reembolso despesas com alimentação para Elira Petry em participação de capacitação de Conselheiros de saúde, ocorrido na Uniãoeste na cidade de Mal.Cdo.Rondon, no dia 11/06/2016.	25,000	25,00



FONTE DE RECURSO	TOTAL GERAL
00505 Royalties Tratado de Itaipu Binacional	25,00

EMITIDO POR	VISTO	PAGAMENTOS PARCIAIS			
<i>Maide</i> FUNCIIONARIO	<i>Elira</i> SECRETARIO DE FINANÇAS	DATA	ORDEM	VALOR R\$	SALDO A PAGAR

ORDEN DE PAGAMENTO PAGUE-SE AO FAVORECIDO O VALOR ACIMA ESPECIFICADO. PROVENIENTE DESTA NOTA DE EMPENHO. DE _____ DE _____  PREFEITO DO MUNICÍPIO	RECIBO R\$ DECLARO(AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA OUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOCÁVEL QUITAÇÃO DE _____ DE _____ <i>X Elira Petry</i> NOME CPF AUTENTICAÇÃO
---	--

BANCO	Nº CHEQUE	NADA UNIC	PR 003 2406201602616920051762016PE 25.00-
-------	-----------	-----------	---

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA: Reembolso de alimentação para a Conselheira de Saúde, **Elira Petry**, a qual esteve em uma capacitação de Conselheiros de Saúde, ocorrido na Uniãoeste, na cidade de Marechal Candido Rondon, no dia 11 de junho de 2016.

OBJETO: Reembolso alimentação

Valor Estimado: R\$ 25,00

Solicitado Por: **Débora Andréia Thomas**

Assinatura

Débora Andréia Thomas

CPF 008.621.179-09

Secretária Mun. de Saúde de
Pato Branco, RR

Data da Solicitação: 14/06/2016

Carimbo

DEPARTAMENTO DE COMPRAS E PLANEJAMENTO

RECURSO ORÇAMENTÁRIO

Dotação: _____

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

