
DOC ou TED Eletrônico

Debitado

Agência 859-1
Conta corrente 37984-0 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Creditado

Banco 748 BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
Agência (sem DV) 715 SICREDI MAL.CANDIDO RONDON
Conta corrente (com DV) 122416
CPF 038.276.769-16
Nome favorecido LUISE FABIANE SCHMITT
Finalidade CREDITO EM CONTA CORRENTE
Número documento 122.102
Valor 35,00
Data transferência 21/12/2017

"C" - CNPJ diferente

Autenticação SISBB 85FF7CEB7FFFF222

Assinada por J8945647 JOHN JEFERSON WEBER NODARI
JB503101 LEOMAR ROHDEN

21/12/2017 11:26:26
21/12/2017 11:38:41

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB503101 LEOMAR ROHDEN.

CONFIRMADO
21 DEZ. 2017



DOC Eletrônico

21/12/2017 11:26:26

Debitado

Agência	859-1
Conta corrente	37984-0 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Creditado

Banco	748 BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
Agência (sem DV)	715 SICREDI MAL.CANDIDO RONDON
Conta corrente (com DV)	122416
CPF	038.276.769-16
Nome favorecido	LUISE FABIANE SCHMITT
Finalidade	CREDITO EM CONTA CORRENTE
Valor	35,00
Data transferência	21/12/2017

"C" - CNPJ diferente

Transação registrada como pendente por insuficiência de assinaturas.

Pendência número: 604223972.

Usuário: J8945647 JOHN JEFERSON WEBER NODARI.

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

012980/2017 Ordinário

Orcamentário

ORÇÃO
02 Executivo Municipal
1030114502.040000 Manutenção das Atividades do Fundo Munic
339014.00.00.00 DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL
DOAÇÃO 390314.14.05 DESPESAS DE VIAGENS REAL. EM REGIME DE R

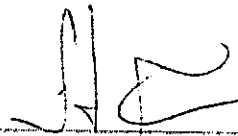

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA
09 Fundo Municipal de Saúde
2918
2922

CREADOR / ENDEREÇO
2.161 Luise Fabiane Schmitt
CPF/CNPJ: 038.276.769-16
Rua Toledo Loteamento Social
Cidade: Pato Bragado PR

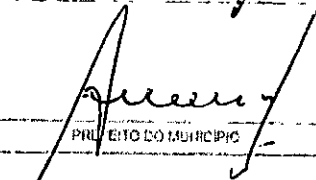
MODALIDADE DE LICITAÇÃO	HUMERO	DATA HOMOLOGAÇÃO	Nº DO CONTRATO	PROC. COMPRA	A.C.P.	EMISSÃO	VENCIMENTO
Dispensa por Limite						12.12.2017	12.12.2017
VALOR ORÇAMENTO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL				
25.000,00	432,95	35,00	397,95				

ITEM	QUANTIDADE	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
001	1,0000		Reembolso despesa com alimentação em deslocamento a cidade de Santa Helena - Pr, no dia 13/12/2017, participando do Treinamento sobre Manejo Clinico de Animais peçonhentos, ofertado pelo Estado.	35,0000	35,00
					0,00

PLANTE DE RECURSO
00505 Royalties Tratado de Itaipu Binacional
TOTAL GERAL 35,00

EMITIDO POR

FUNCCIONARIO
Emissão Responsável
Sob Aspecto Contábil
VISTO

SECRETARIO MUNICIPAL

PAGAMENTOS PARCIAIS			
DATA	ORDEN	VALOR R\$	SALDO A PAGAR

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

PRIMEIRO DO MUNICIPIO
BANKO _____ Nº DA CONTA _____
Nº CHEQUE _____

RECIBO R\$
DECLARO(AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI(EMOS) A
IMPORTANCIA DESTE EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA
DESCRITO E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGAVEL QUITAÇÃO.
DE _____ DE _____
NOME _____
CPF _____
AUTENTICAÇÃO
27 DEZ. 2017

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE: SAÚDE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA: Reembolso de alimentação para **Luise Fabiane Schmitt** que participou do Treinamento Animais Peçonhentos ofertado pelo Estado no dia 13 de Dezembro, referente a MANEJO CLINICO, realizado no município de Santa Helena/PR. SEGUE ANEXO CONVITE. PLACA: BAA 5763

OBJETO: Reembolso de alimentação

Valor Estimado R\$ 35,00

Solicitado Por: John Nodari

Assinatura John Jeferson Weber Nodari

CPF: 056.669.419-09
Secretaria Munic. de Saúde

Data da Solicitação: 13/12/2017

Carimbo

DEPARTAMENTO DE COMPRAS E PLANEJAMENTO

RECURSO ORÇAMENTÁRIO

Dotação: 2914

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 e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

NF-e
Nº 000.004.430
Série 001

DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

S M SCHNEIDER

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

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA 1
1 - SAÍDA 1
Nº 000.004.430
SÉRIE 001
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
4117 1205 3143 2500 0162 5500 1000 0044 3010 0004 4304

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

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
141170205669321 13/12/2017 12:58:25

INSCRIÇÃO ESTADUAL
9026684380

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ
05.314.325/0001-62

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL PREFEITURA MUNC DE PATO BRAGADO		CNPJ / CPF 95.719.472/0001-05	DATA DA EMISSÃO 13/12/2017
ENDEREÇO AVENIDA WILIBARTH, 2885		BAIRRO / DISTRITO CENTRO	CEP 85948-000
MUNICÍPIO PATO BRAGADO		UF PR	DATA DA SAÍDA 13/12/2017
		TELEFONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DA SAÍDA 13:02:21

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	35,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				35,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 1 - DEST/REM	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. %	
													ICMS	IPI
000023	ALMOCO	21069090	0102	5102	UN	1	35,00	0,00	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Vendedor: 1 Desconto: 0,00
DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
NAO GERA DIREITO A CREDITO DE IPI
PROCON-PR www.pr.gov.br/proconpr - 0800-41-1512
Rua Alameda Cabral, 184 Centro, Curitiba/PR CEP 80410-210 Fax: (41) 3219-7400

Declaro que os serviços / bens / materiais foram executados, recebidos em
Assinatura
John Jefferson Weber Nodan
CPF: 056.652.419-09
Secretário Munic. de Saúde