

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

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

**Creditado**

Nome BEATRIZ SCHERER  
Agência 859-1  
Conta corrente 25384-7  
Valor 35,00  
Data Nesta data

Assinada por JB945647 JOHN JEFERSON WEBER NODARI  
JB503101 LEOMAR ROHDEN

21/12/2017 11:25:45  
21/12/2017 11:38:41

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB503101 LEOMAR ROHDEN.

CONTABILIZADO

21 DEZ. 2017



## Entre contas correntes

21/12/2017 11:25:45

## Debitado

---

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

## Creditado

---

Nome	BEATRIZ SCHERER
Agência	859-1
Conta corrente	25384-7
Valor	35,00
Data	Nesta data

Transação registrada como pendente por insuficiência de assinaturas.

Pendência número: **604223285**

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) 3232-1355  
www.patobragado.pr.gov.br

Nº DO EMPENHO - TIPO

RECURSO

012988/2017 Ordinário

Orcamentário

ORÇÃO

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

2918

DEBTAÇÃO 390314.14.05 DESPESAS DE VIAGENS REAL. EM REGIME DE R

2922

CREADOR E ENDEREÇO

CONTA BANCÁRIA

3.248 Beatriz Scherer

1 859-1 25384-7

CPF/CNPJ: 662.561.009-72

CERAMICA SÃO LUZ SN RURAL

PATO BRAGADO

PR

VALIDADE DE LICITAÇÃO

Não se Aplica

NUMERO

DATA DE INSCRIÇÃO

Nº DO COMPARTO

PROG. COMPRA

A.C.P.

EMISSÃO

12.12.2017

VENCIMENTO

13.12.2017

VALOR ORÇADO

25.000,00

SALDO ANTERIOR

397,95

VALOR DO EMPENHO

35,00

SALDO ATUAL

362,95

ITEM

QUANTIDADE

UNID.

ESPECIFICAÇÃO

VALOR UNITARIO

VALOR TOTAL

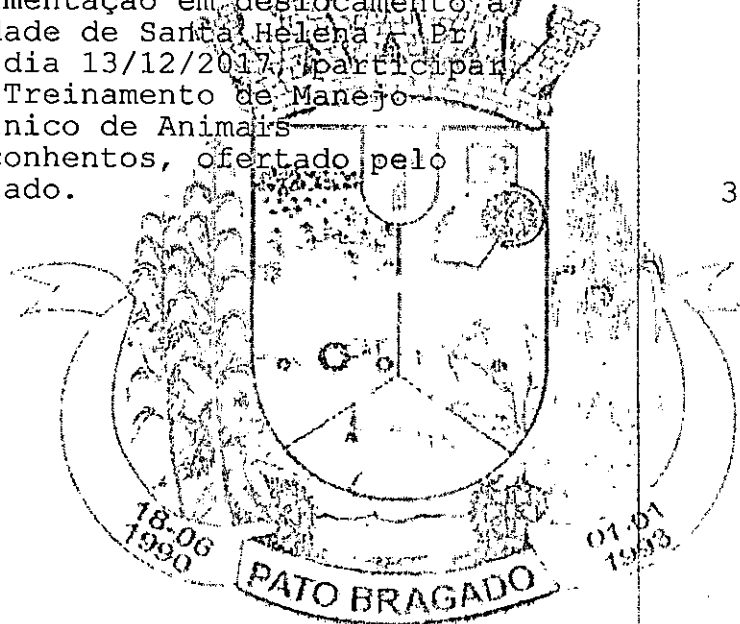
001

1,0000

Reembolso despesa com alimentação em deslocamento a cidade de Santa Helena - Pr no dia 13/12/2017, participando do Treinamento de Manejo Clínico de Animais Peçonhentos, ofertado pelo Estado.

35,0000

35,00



0,00

FONTE DE RECURSO

00505 Royalties Tratado de Itaipu Binacional

TOTAL GERAL

35,00

EMITIDO POR

VISTO

PAGAMENTOS PARCIAIS

DATA

ORDEM

VALOR R\$

SALDO A PAGAR

*[Signature]*  
MUNICÍPIO

Emissão Responsável  
sob Aspectos Contábeis

SECRETÁRIO DE FINANÇAS

ORDEN DE PAGAMENTO

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

RECIBO

R\$

DECLARO(AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBEREMOS A IMPORTÂNCIA DESTA EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.

DE

DE

DE

DE

*[Signature]*  
PREFEITO DO MUNICÍPIO

NOME

CPF

QUALIFICAÇÃO

CONTABILIZADO

21 DEZ. 2017

BANCO

Nº CHEQUE

Nº DA CONTA

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE: SAÚDE

DEPARTAMENTO: SAÚDE

**JUSTIFICATIVA** Reembolso de refeições, para **Beatriz Scherer**, 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 refeição.

Valor Estimado R\$ 35,00

Solicitado Por: John Nodari

Assinatura

John Jefferson Weber Nodari

CPF: 056.660.419-09

Secretário Munic. de Saúde

Data da Solicitação: 13/12/2017

Carimbo

DEPARTAMENTO DE COMPRAS E PLANEJAMENTO

RECURSO ORÇAMENTÁRIO

Dotação: 2904

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 000.004.429 Série 001
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

<b>S M SCHNEIDER</b>  RUA PARAGUAI, 1250 - CENTRO - SANTA HELENA - PR Fone: (45)3268-2058 - CEP: 85892-000	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> Nº 000.004.429 SÉRIE 001 FOLHA 1/1	 CHAVE DE ACESSO <b>4117 1205 3143 2500 0162 5500 1000 0044 2910 0004 4290</b>
		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz autorizadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS</b>		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>141170205668859 13/12/2017 12:57:18</b>
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>9026684380</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ <b>05.314.325/0001-62</b>

<b>DESTINATÁRIO / REMETENTE</b>			
NOME / RAZÃO SOCIAL <b>PREFEITURA MUNC DE PATO BRAGADO</b>		CNPJ / CPF <b>95.719.472/0001-05</b>	DATA DA EMISSÃO <b>13/12/2017</b>
ENDEREÇO <b>AVENIDA WILIBARTH, 2885</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>CENTRO</b>	CEP <b>85948-000</b>
MUNICÍPIO <b>PATO BRAGADO</b>		UF <b>PR</b>	HORA DA SAÍDA <b>13:01:14</b>

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

<b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b>					
NOME / RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA <b>1 - DEST/REM</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO
ENDEREÇO			MUNICÍPIO		UF
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

<b>DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS</b>														
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. %	
000023	ALMOCO	21069090	0102	5102	UN	1	35,00	0,00	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro que os serviços / bens /  
 materiais foram executados,  
 Assinado:  
 John Peterson Weber Nodan  
 CPF: 056.860.419-08  
 Secretário Munc. da Saúde

<b>DADOS ADICIONAIS</b> 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 <a href="http://www.pr.gov.br/proconpr">www.pr.gov.br/proconpr</a> - 0800-41-1512 Rua Alameda Cabral, 184 Centro, Curitiba/PR CEP 80410-210 Fax: (41) 3219-7400	RESERVADO AO FISCAL Assinado: John Peterson Weber Nodan CPF: 056.860.419-08 Secretário Munc. da Saúde
---	---