

---

**Transferência entre contas diversas**

---

**Debitado**

---

Nome F M S PATO BRAGADO FUS  
Agência 859-1  
Conta corrente 37983-2

**Creditado**

---

Nome LUIS ALBERTO F BEUREN  
Agência 859-1  
Conta corrente 25424-X  
Valor 1.170,00  
Data Nesta data

---

Assinada por J8945647 JOHN JEFERSON WEBER NODARI 27/03/2018 10:44:49  
JB503101 LEOMAR ROHDEN 27/03/2018 11:03:24

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JB503101 LEOMAR ROHDEN.

CONTABILIZADO

27 MAR. 2018



## Entre contas correntes

27/03/2018 10:44:49

## Debitado

---

Nome	F M S PATO BRAGADO FUS
Agência	859-1
Conta corrente	37983-2

## Creditado

---

Nome	LUIS ALBERTO F BEUREN
Agência	859-1
Conta corrente	25424-X
Valor	1.170,00
Data	Nesta data

Transação registrada como pendente por insuficiência de assinaturas.

Pendência número: **630182681**.

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 Barin, 2885. Fone/Fax (45) 3282-1355  
www.patobragado.pr.gov.br

RECEBIMOS Nº

RECURSO

002310/2018 Ordinário

Orçamentário

02 Executivo Municipal

09 Fundo Municipal de Saúde

1030214502.037000 Manutenção das Atividades de Assistência

339014.00.00.00 DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL

3333

390314.14.05 DESPESAS DE VIAGENS REAL. EM REGIME DE R

3336

DETAQUE

CONTROLE

1.072 LUIS ALBERTO FRITZEN BEUREN

1 859-1 25424-X

CPF/CNPJ: 605.461.749-49

RUA MARINGA 2616 CENTRO

PATO BRAGADO

PR

RESPONSABILIDADE DE LIQUIDAÇÃO

NUMERO

DATA DE EMISSÃO

RECEBIMOS

PERÍODO

VALOR

EMISSÃO

VENCIMENTO

Não se Aplica

20.03.2018

20.03.2018

VALOR ORÇAMENTÁRIO

13.000,00

SALDO ANTERIOR

7.235,00

VALOR DO EMPENHO

90,00

SALDO ATUAL

7.145,00

ITEM QUANTIDADE UNID

001 1,0000  
Reembolso despesas com alimentação em deslocamentos a cidade de Cascavel - Pr, transportar pacientes em tratamento de saúde fora do município.

VALOR UNITÁRIO

90,0000

VALOR TOTAL

90,00

00303 Saúde - Receitas Vinculadas (EC 29/00 -

TOTAL GERAL

90,00

EMITIDO POR

EMISSOR

Emissão Responsável  
Sob Aspectos Contábeis

VISTO

CONTROLLER

### ORDEN DE PAGAMENTO

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

DE

DE

DE

DE

PREFEITO DO MUNICÍPIO

DATA

ORDEM

VALOR R\$

SALDO A PAGAR

RECIBO

R\$

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

RECEBENTE

CPF

ASSINATURA

CONTABILIZADO

27 MAR, 2018

BANCO

Nº CHEQUE

Nº DA NOTA

1170,00

0,00

**SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE: SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**

**JUSTIFICATIVA:** Reembolso de alimentação para o Agente Operacional **Luis Alberto Fritzen Beuren**, que esteve em viagem á Cascavel para levar e trazer pacientes que necessitam atendimento fora do município.

<b>PLACA</b>	BAA 5761
<b>NF</b>	7993-7929
<b>DATA</b>	

**OBJETO:** Reembolso de alimentação (almoço e café).

**Valor Estimado R\$ 90,00**

Solicitado Por: John J. W. Nodari

Assinatura \_\_\_\_\_

*(Assinatura)*  
**John Jefferson Weber Nodari**  
 CPF: 056.669.419-09  
 Secretário Munic. de Saúde

Data da Solicitação: 22/03/2018

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 DO PREFEITO**

Autorizado

Não Autorizado

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

Assinatura \_\_\_\_\_

Carimbo \_\_\_\_\_

**RECEBIMENTO DE NOTA FISCAL**

Empresa Orçada: \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_

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

Carimbo \_\_\_\_\_

Código - Descrição	Qtde	UN	VI Unit.	VI Tot.
00000000026 - CAFÉ	1,00	UN	10,00	10
000000000261 - ALMOÇO	1,00	UN	35,00	35
Itde .total de itens				45,
valor total R\$				45,
valor a Pagar R\$				45,
FORMA PGTO.				VALOR PAGO I
ale				45,

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.sped.fazenda.pr.gov.br/modulos/conteudo/conteudo.php?conteudo=100>  
 4118 0384 9775 6000 0190 6500 1000 0079 9316 7672 1384

CONSUMIDOR CNPJ - 95.719.472/0001-05 - PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRAGADO

NFCe nº 7993 Série 1 13/03/2018

Via consumidor

Protocolo de autorização: 141180310481098

Data de autorização: 13/03/2018 11:15:14




John Jefferson Weber Nodan  
 CPF: 056.669.419-09  
 Secretário Munic. de Saúde

*Pato*

[state\_fiscal\_message]

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) - R\$2,82 Federal, R\$1,80 Estadual Fonte: IBPT A5G7R1

VOLTE SEMPRE!



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATO BRAGADO**  
Estado do Paraná

**AUTORIZAÇÃO PARA ALMOÇO**

Cidade: \_\_\_\_\_

Funcionário: Luis

Secretaria/Departamento: Saúde

Data: 13 / 03 / 18

Hora da Saída: 05:30h:

Evento: Levar pacientes para Cascavel

Luis a Bem  
Assinatura do Funcionário

[Signature]  
Assinatura do Responsável

Código - Descrição
000000000026 - CAFÉ
000000000261 - ALMOÇO

Qtde	UN
1,00	UN
1,00	UN

VI Unit.
10,00
35,00

VI Total
10,00
35,00

Valor total de itens  
Valor total R\$  
Valor a Pagar R\$

45,00  
45,00

FORMA PGTO.  
Data de validade

VALOR PAGO R\$  
45,00

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.sped.fazenda.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=100>  
4118 0384 9775 6000 0190 6500 1000 0079 2916 8012 1050

CONSUMIDOR CNPJ - 95.719.472/0001-05 - PREFEITURA MUNICIPAL DE PATO BRAGADO

NFCe nº 7929 Série 1 07/03/2018

Via Consumidor

Protocolo de autorização: 141180282656256

Data de autorização: 07/03/2018 11:02:23




John Jeferson Weber Nodari  
CPF: 056.669.419-09  
Secretário Munic. de Saúde

[state\_fiscal\_message]

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) - R\$2,82 Federal, R\$1,80 Estadual Fonte: IBPT A5G7R1

VOLTE SIEMPRE!

*Pato*

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PATO BRAGADO**  
Estado do Paraná

**AUTORIZAÇÃO PARA ALMOÇO**

Cidade: \_\_\_\_\_  
Funcionário: *Rais*  
Secretaria/Departamento: *Saúde*  
Data: *07 / 03 / 18*  
Hora da Saída: *05:30h* : \_\_\_\_\_  
Evento: *Levar pacientes*

*Luís A. Ben* Assinatura do Funcionário      *Cina* Assinatura do Responsável

Gráfica Benacchio Ltda. - 45 3268-1410