
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) 75523

CPF 886.471.379-49

Nome favorecido CESAR ROBERTO SCHAEFFER

Finalidade CREDITO EM CONTA

Número documento 101.604

Valor 951,10

Data transferência 16/10/2018

"C" - CNPJ diferente

Autenticação SISBB D91059117A28B3A7

Assinada por J8945647 JOHN JEFERSON WEBER NODARI
JB503101 LEOMAR ROHDEN

16/10/2018 08:13:29

16/10/2018 08:17:42

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB503101 LEOMAR ROHDEN.

CONTABILIZADO
16 OUT. 2018



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: 011255/2018 Ordinário
RECURSO: Orçamentário

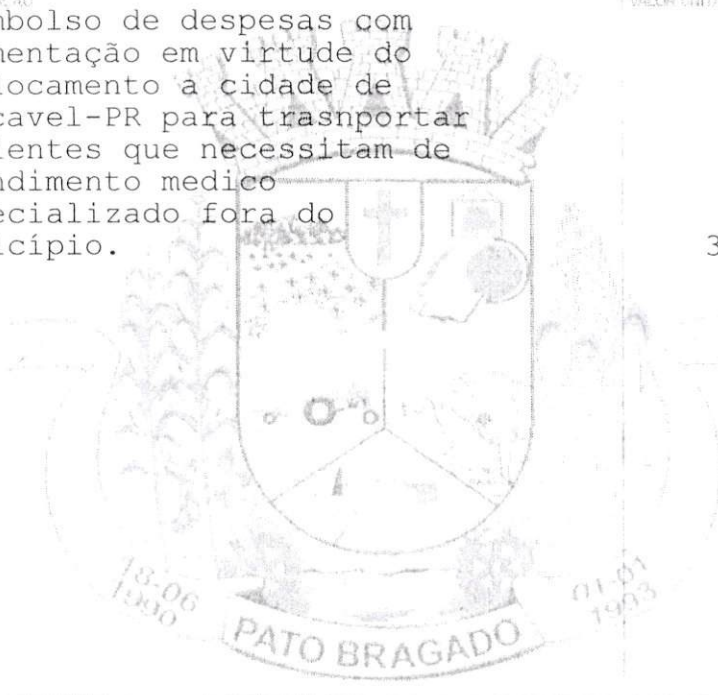
| | |
|--|-----------------------------|
| 02 Executivo Municipal | 09 Fundo Municipal de Saúde |
| 1030114502.036000 Manutenção das Atividades do Fundo Munic | |
| 339014.00.00.00 DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL | 2574 |
| 390314.14.05 DESPESAS DE VIAGENS REAL. EM REGIME DE R | 2578 |

2.685 CESAR ROBERTO SCHAEFFER
 CPF/CNPJ: 886.471.379-49
 AV. CONTINENTAL SN CENTRO

0 PATO BRAGADO PR

| | | | | | | | |
|---------------------|----------------|------------------|----------------|------------|------|------------|------------|
| COLETA DE LICITAÇÃO | NUMERO | DATA DE EMISSÃO | Nº DO CONTRATO | PROPOSTORA | ACEP | EMISSÃO | VENIMENTO |
| Não se Aplica | | | | | | 08.10.2018 | 08.10.2018 |
| VALOR ORÇADO | VALOR ANTERIOR | VALOR DO EMPENHO | BALDO ATUAL | | | | |
| 16.000,00 | 259,17 | 30,00 | 229,17 | | | | |

| ITEM | QUANTIDADE | UNID | ESPECIFICAÇÃO | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
|------|------------|------|---|----------------|-------------|
| 001 | 1,0000 | | Reembolso de despesas com alimentação em virtude do deslocamento a cidade de Cascavel-PR para transportar pacientes que necessitam de atendimento medico especializado fora do município. | 30,0000 | 30,00 |
| | | | | | 0,00 |



00505 Royalties Tratado de Itaipu Binacional **TOTAL GERAL** 30,00

EMITIDO POR: *Kristiane*
 FUNÇÃO: **Emissão Responsável**
 VISTO: *[Assinatura]*
 SECRETARIA DE FINANÇAS

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

DE _____ DE _____

[Assinatura]
 PREFEITO MUNICIPAL

SECRETARIA DE FINANÇAS

| PAGAMENTOS PARCIAIS | | | |
|---------------------|-------|-----------|---------------|
| 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 IRREVOGAVEL QUITAÇÃO.

DE _____ DE _____

CONTABILIZADO
 16 OUT. 2018

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE: SAÚDE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA: Reembolso de **alimentação** para o Agente Operacional, **CESAR ROBERTO SCHAEFFER**, este em viagem a Cascavel/PR para levar pacientes que necessitavam de atendimento fora do município.

| | |
|-------|----------|
| PLACA | AWS 2076 |
| NF | 5260 |

OBJETO: Reembolso de refeição (café e almoço).

Solicitado Por: John J. W. Nodari

Assinatura

R\$ 30,00
John Jefferson Weber Nodari
CPF: 056.680.419-00
Secretário Munic. de Saúde

Data da Solicitação: 08/10/2018

Carimbo

DEPARTAMENTO DE COMPRAS E PLANEJAMENTO

RECURSO ORÇAMENTÁRIO

Dotação: 2.160

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

GRAFICA BENACCHIO LTDA ME
CNPJ: 06.945.843/0001-74. Tel: 9075740406 - IM
R. COLONEL LUIZ AUGUSTO 1051A - 086 - CENTRO
GUAIRA - PR
Fone: (44) 6000-0000

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE
CONSUMIDOR ELETRÔNICA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | QTD UN | VL UNIT | VL TOTAL |
|--------------------|------------|--------|---------|----------|
| 1 | REFEICAÇÃO | 1 UN | 30,00 | 30,00 |
| QTD TOTAL DE ITENS | | | | 1 |
| Valor Produtos | | | | 30,00 |
| Descontos | | | | 0,00 |
| Acréscimos | | | | 0,00 |
| VALOR A PAGAR | | | | 30,00 |
| FORMA DE PAGAMENTO | | | | VALOR |
| Dinheiro | | | | 30,00 |

Número: 000 005 260 - Série: 001
Emissão: 27/09/2018 12:34:24 - Via Consumidor

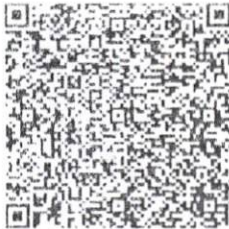
Consulte pela chave de acesso em:
<http://www.fazenda.pr.gov.br>

4118 0928 3575 8400 0176 6500 1000 0052 6010 0005 2600

Protocolo de Autorização

141181177640589 27/09/2018 12:34:24

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



Tributos Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): R\$ 1,26

Vendedor: 1-ADMIN

MARKÉ SISTEMAS



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE
PATO BRAGADO

Estado do Paraná

AUTORIZAÇÃO PARA ALMOÇO

Cidade: Pato Bragado

Funcionário: Leson

Secretaria/Departamento: Saúde

Data: 27/09/2018

Hora da Saída: 08h :

Evento: Levar pacientes

Pl. Guana

Assinatura do Funcionário: [Signature]
Assinatura do Responsável: [Signature]

Gráfica Benacchio Ltda. - 45 3268-1410