

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) 224146
CPF 089.520.679-08
Nome favorecido ANA LARISSA MARIA
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 110.606
Valor 37,06
Data transferência 06/11/2018

"C" - CNPJ diferente

Autenticação SISBB 5F11A77E4DF48C03

Assinada por J8945647 JOHN JEFERSON WEBER NODARI
JB503101 LEOMAR ROHDEN

06/11/2018 11:10:02
06/11/2018 13:24:37

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB503101 LEOMAR ROHDEN.

CONTABILIZADO

06 NOV. 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

N.º DO EMPENHO / TIPO

011761/2018 Ordinário

RECURSO

Orçamentário

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

CREDOR: ENDEREÇO	CONTA BANCÁRIA
6.492 ANA LARISSA MARIA	2 715-0 22414-6
CPF/CNPJ: 089.520.679-08	
Estrada para Vista Alegre SN Rural	Entre Rios do Oest PR

MODALIDADE DE LICITAÇÃO	NÚMERO	DATA HOMOLOGAÇÃO	N.º DO CONTRATO	PROC. COMPRA	A.C.P.	EMISSÃO	VENCIMENTO
Não se Aplica						24.10.2018	24.10.2018

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
16.000,00	4.703,39	37,06	4.666,33

ITEM	QUANTIDADE	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
001	1,0000		Reembolso despesas com alimentação em deslocamento a cidade de Cascavel - Pr, no dia 23/10/2018, participar da Capacitação com o Tema: Gestão e Aquisição de Medicamentos, promovido pelo TCE-PR.	37,0600	37,06
					0,00



FONTE DE RECURSO	TOTAL GERAL
00505 Royalties Tratado de Itaipu Binacional	37,06

EMITIDO POR	VISTO
FUNCIONÁRIO	SECRETÁRIO DE FINANÇAS

PAGAMENTOS PARCIAIS			
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 IMPORTANCIA DESTA EMPENHO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO.

DE _____ DE _____

NOME: _____

CPF: _____

BANCO	N.º DA CONTA
N.º CHEQUE	

AUTENTICAÇÃO

CONTABILIZADO

06 NOV. 2018

SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE: SAÚDE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA: Reembolso alimentação de colaborador Ana Larissa Maria que participou da capacitação realizada na cidade de Cascavel/PR com o Tema: "Gestão e Aquisição de Medicamento". Sendo que a mesma é responsável pelo setor de Compras dessa Secretaria, tendo a necessidade da sua participação.

OBJETO: Reembolso de alimentação.

Valor Estimado/R\$ 37,06

Solicitado Por: John Nodari

Assinatura

John Jefferson Weber Nodari

Data da Solicitação: 25/10/2018

Carimbo

CPF: 056.669.419-09
Secretário Munic. de Saúde

DEPARTAMENTO DE COMPRAS E PLANEJAMENTO

RECURSO ORÇAMENTÁRIO

Dotação: 2578

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

