

Prefeitura Municipal de Campo Bonito
Secretaria de Financas
Contadoria Geral do Municipio
CNPJ 80.869.621/0001-45

000300/17 Ordinario Orcamentario

Area de Atuacao: Fonte Recursos: 303 Saude / percentual vinc
Orgao: 06 SECRETARIA DE SAUDE Unid: 04 Fundo Municipal de Saude
Dotacao: 103010006.2.027.3390.36.00.00 OUTROS SERVICOS DE TERCEIROConta: 406

Credor: 3598 ROSELI RIBEIRO SOBRAL CNPJ: 031.233.739-67

Banco: 104 Ag: 1552 C/C:9052-5

Endereco: RUA LUIZ ZANIOLO 260 SAO SEBAS Fone: CAMPO BONITO

Nao se Aplica Emissao: 01.02.17Vencimento: 01.02.17
---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---
30.000,00 28.008,93 72,00 27.936,93

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1	1		VALOR REFERENTE RESSARCIMENTO DE DESPESAS DE FUNCIONARIO(A) ROSELI RIBEIRO SOBRAL, OCUPANTE DO CARGO DE TECNICA DE ENFERMAGEM LOTADO NA SECRETARIA DE SAUDE, QUANDO A SERVICO DA PREFEITURA EM VIAGEM A CIDADE DE CASCAVEL-PR EM CURSO NA 10a REGIONAL DE SAUDE SOBRE FEBRE AMARELA (EDMARA/MARIA DE FATIMA/ROSELI).	72,00	72,00

Local de Entrega

ENCARREGADO SERVICOS

CONTADOR

Total Geral
72,00

ORDENADOR DA DESPESA

Declaro que o Material foi Fornecido Liquidacao
Servico Prestado Responsavel Data: 01/02/17

Descontos: A- INSS- R\$ - Cred- Total Descontado
Demonst.: B- IRRF- R\$ - Debi- R\$ -

Ordem de Pagamento Recibo
Em 10/2/17. Em / / .

Pague-se a importancia Recebi a importancia
Acima Processada SECRET. FINANÇAS ASSINATURA CREDOR

Cheque 3939 Certifico Haver Pago
Banco Recursos: a Importancia Acima
Mencionada TESOUREIRO



SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO

Eu, ROSELI RIBEIRO SOBRAL ocupante do cargo de TECNICA DE ENFERMAGEM, inscrito no CPF sob o nº 031.233.739-67, venho solicitar o reembolso da quantia de R\$ 72,00 (SETENTA E DOIS REAIS), referente ao pagamento de 03 refeições quando em viagem a cidade de Cascavel - PR na data de 01/02/2017 em curso na 10ª Regional de Saúde sobre Febre Amarela. (Edmara/Maria de Fatima e Roseli)

Funcionário

Autorizo o ressarcimento do funcionário solicitante.

Secretário

REST. URANTE GALLETOS
 PARA RESTAURANTE LTDA - ME 16 895.725/0001-99
 RUA 5178 - CENTRO - CASCAVEL - PR - 85813-001
 FONE: 4533087008

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL
 DO CONSUMIDOR ELETRÔNICA

QTD	UN	VL UN (R\$)	VL ITEM (R\$)	VL ITEM (R\$)
3,00	UN	X	24,00	72,00
TOTAL DE ITENS				001
TOTAL (R\$)				72,00
FORMA DE PAGAMENTO				Valor Pago
Cobrança de Débito				72,00

Número da Nota Fiscal - Série 001
 Emissão 01/02/2017 12:48:35 - Via Consumidor
 Consultar pela Chave de Acesso em
<http://www.fazenda.pr.gov.br/>

4117 0210 8991 2500 0149 8500 1000 001R 2610 0001 8260
 Produto - Descrição - Quantidade - Valor - Data de Emissão

CONSUMIDOR CNPJ: 09.159.431/0001-50
 RUA MUNICIPAL 19 - SAÍDA DE CAMPO BONITO

54001
 71021500

DECEMOS A PREFERENCIA
 Tributos Impostos Lei Federal 12.741/12 - Total R\$ 3,02
 Powered By Controle Sistemas



A336101105716222032
10/02/2017 11:14:59

DOC ou TED Eletrônico

Debitado

Agência 1350-1
Conta corrente 12806-B F MUN SAUDE CAMPO BONITO

Creditado

Banco 104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Agência (sem DV) 1552 PRACA DO MIGRANTE
Conta corrente (com DV) 90525
CPF 031.233.739-67
Nome favorecido ROSELI RIBEIRO SOBRAL HEMERICH
Finalidade CREDITO EM CONTA CORRENTE
Número documento 21.002
Valor 72,00
Data transferência 10/02/2017

C - CNPJ diferente

Autenticação SISBB 80E5C76E91DDF930

Assinada por JB533835 JANDIR R GREGOLON
JB533815 VANIA T KEMMRICH

10/02/2017 11:12:53
10/02/2017 11:14:59

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB533815 VANIA T KEMMRICH.

Prefeitura Municipal de Campo Bonito
 Secretaria de Financas
 Contadoria Geral do Municipio
 CNPJ 80.869.621/0001-45

000370/17 Ordinario Orcamentario

Area de Atuacao: Fonte Recursos: 303 Saude / percentual vinc
 Orgao: 06 SECRETARIA DE SAUDE Unid: 04 Fundo Municipal de Saude
 Dotacao: 103010006.2.027.3390.36.00.00 OUTROS SERVICOS DE TERCEIROConta: 406

Credor: 2870 ALAOR CRISTIAN MORETO CNPJ: 035.979.959-00

Banco: 001 Ag: 1350-1C/C:13897-5

Endereco: RUA HENRRIQUE ZIBETTI 317 CENT Fone: CAMPO BONITO

Nao se Aplica Emissao: 07.02.17Vencimento: 07.02.17
 ---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior-- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---
 30.000,00 27.611,93 240,00 27.371,93

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1	1		VALOR REFERENTE RESSARCIMENTO DE DESPESAS DE FUNCIONARIO(A) ALAOR MORETO, OCUPANTE DO CARGO DE MOTORISTA LOTADO NA SECRETARIA DE SAUDE, QUANDO A SERVICO DA PREFEITURA EM VIAGEM A CIDADE DE CASCAVEL NO TRANSPORTE SANITARIO.	240,00	240,00

Local de Entrega

Total Geral
240,00

ENCARREGADO SERVICOS

CONTADOR

ORDENADOR DA DESPESA

Declaro que o Material foi Fornecido Liquidacao
 Servico Prestado -----
 RESPONSAVEL Data: 07/02/17

Descontos: A- INSS- R\$ - Cred- Total Descontado
 Demonst.: B- IRRF- R\$ - Debi- R\$ -

Ordem de Pagamento ----- Recibo -----
 Em 10/2/17. Em / /

Pague-se a importancia Recebi a importancia
 Acima Processada Acima Processada
 SECRET. FINANCAS ASSINATURA CREDOR

Cheque Certifico Haver Pago
 Banco 3839 a Importancia Acima
 Recursos: mencionada
 TESOUREIRO



SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO

Eu, ALAOR MORETO, ocupante do cargo de MOTORISTA, inscrito no CPF sob o nº 035.979.959-00, venho solicitar o reembolso da quantia de R\$ 240,00 (Duzentos e quarenta Reais), referente ao pagamento de 06 refeições quando em viagem a cidade de Cascavel - PR nas datas de 30/01, 01/01, 01, 02, 03 e 06 de fevereiro/2017, referente a transporte sanitário.

Funcionário

Autorizo o ressarcimento do funcionário solicitante.

Secretário



A336101105716222028
10/02/2017 11:13:01

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome: F MUN SAUDE CAMPO BONITO
Agência: 1350-1
Conta corrente: 12806-6

Creditado

Nome: ALAOR CRISTIAN MORETO
Agência: 1350-1
Conta corrente: 13897-5
Valor: 240,00
Data: Nesta data

Assinada por	JB533835 JANDIR R GREGOLON	10/02/2017 11:08:19
	JB533815 VANIA T KEMMRICH	10/02/2017 11:13:01

Transação efetuada com sucesso

Transação efetuada com sucesso por: JB533815 VANIA T KEMMRICH

