



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

NOTA DE EMPENHO  
 000768/17  
 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: 220 APARICIO PIANA CNPJ: 666.943.459-68  
 Banco: 001 Ag: 1350-1C/C:5371-6  
 Endereco: RUA RUI BARBOSA 425 CENTRO Fone: PS SERTAOZINHCAMPO BONITO

Licitacao: Nao se Aplica / Contrato: Emissao: 02.03.2017  
 ---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---  
 30.000,00 26.410,61 20,00 26.390,61

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
01	1		VALOR REFERENTE RESSARCIMENTO DE DESPESAS DE FUNCIONARIO(A) APARICIO PIANA, OCUPANTE DO CARGO DE MOTORISTA LOTADO NA SECRETARIA DE SAUDE, QUANDO A SERVICO DA PREFEITURA EM VIAGEM A CIDADE DE CASCAVEL-PR.	20,00	20,00

-----  
 ANGELA BISINELLA  
 ENCARREGADO SERVICOS  
 -----  
 CATIANA NERI LOPES  
 CONTADOR(A)  
 -----  
 Total Geral  
 20,00  
 -----  
 ORDENADOR DE DESPESA

-----Liquidacao-----  
 Declaro que o Material foi Fornecido  
 Servico Prestado  
 -----  
 JANDIR ROSARIO GREGOLON  
 -----  
 Data: 02/03/17.

-----Pagamento-----  
 Ordem de Pagamento  
 Em 13/3/17.  
 -----  
 Recibo  
 Em / / .  
 -----  
 Pague-se a importancia  
 Acima Processada  
 -----  
 Recebi a importancia  
 Acima Processada  
 -----  
 VANIA T. KEMMRICH ASSINATURA CREDOR  
 SECRETARIA FINANÇAS

Banco 3939  
 Cheque: ( )  
 Debito bancario: (X).



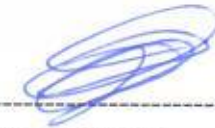
## SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO

Eu, Aparicio Piana, ocupante do cargo de MOTORISTA, inscrito no CPF sob o nº 666.943.459-68, venho solicitar o reembolso da quantia de R\$ 20,00 (vinte Reais), referente ao pagamento 01 parafuso, nota fiscal nº 308.779, para uso em veículo da Secretária Municipal de Saúde.



Funcionário

Autorizo o ressarcimento do funcionário solicitante.



Secretário

**FIPAL DISTRIBUIDORA DE VEICULOS LTDA CVEL**

ENDEREÇO: AVENIDA BRASIL, Nº 1406, Comp. CONCESSIONARIA FIAT

BAIRRO/DISTRITO: SAO CRISTOVAO

MUNICÍPIO: CASCAVEL PR

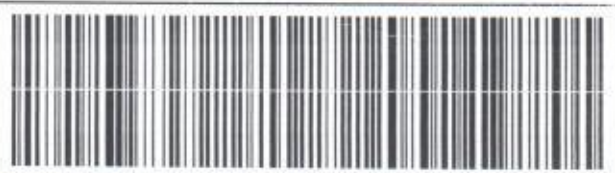
CEP: 85.816-290 FONE: (45) 3218-1010

SITE: [www.fipal.com.br](http://www.fipal.com.br)

Cód.Conc.:91367-3

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

CHAVE DE ACESSO DA NF-e P. CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE [WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR](http://WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR)  
**4117 0377 3968 1000 0133 5500 1000 3087 7917 4248 0307**Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da SEFAZ Autorizadora.

0 - ENTRADA

1

1 - SAÍDA

**000.308.779**

Série: 1

NOME/RAZÃO SOCIAL <b>VDA PECAS VAREJO (D/E)</b>		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO <b>141170034043080 02/03/2017 13:44</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>4100794026</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ <b>77.396.810/0001-33</b>	DADOS DA NF-e

DESTINATÁRIO / REMETENTE			NOME/RAZÃO SOCIAL <b>FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAMPO BONITO - Cod. 0125399</b>		CNPIS/CPF <b>09.169.431/0001-50</b>	DATA DA EMISSÃO <b>02/03/2017</b>
ENDEREÇO <b>RUA GETULIO VARGAS, s/n</b>			BAIRRO/DISTRITO <b>Centro</b>	CEP <b>85.450-000</b>	DATA DA ENTRADA / SAÍDA <b>02/03/2017</b>	
MUNICÍPIO <b>CAMPO BONITO</b>		PHONE/FAX <b>(45) 3233-1282</b>	UF <b>PR</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA ENTRADA / SAÍDA <b>13:44:31</b>	

FATURA			
Duplicata	Vencimento	Valor R\$	Forma de Pagamento

CÁLCULO DO IMPOSTO							
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		
,00	,00	,00	,00	,00	20,39		
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCRITO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR DO CONTRIB.	VALOR TOTAL DIANTE	
,00	,00	,39	,00	,00		20,00	

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS							
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ - CPF		
	9 - SEM FRETE						
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL				
QUANTIDADE	UNIDADE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO		
				,000		,000	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS														
CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSF	CFOP	UNID.	QTD.	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	DESCONTO	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
1339415080	PARAFUSO - IAP0101339415080, Trib aprox R\$ 3,67 Fed 2,40 Est Fome IBPT/PR W7m9E1	73181500	060	5405	PC	1,00	20,39	20,39	,39	,00	,00	,00	,00	,00

RECEBIDO EM 02/03/17  
  
 FIPAL DIST DE VEICULOS LTDA

CÁLCULO DO ISSQN		
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	VALOR DO ISSQN
	,00	,00

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES VENDEDOR: BRUNO HENRIQUE SOUZA DOS SANTOS - N.S:0684126 - O PRAZO DE GARANTIA DE PECAS E SERVICOS FORAM INFORMADOS AO CLIENTE. SUBSTITUICAO TRIBUTARIA CFE PROTOCOLO ICMS 41/08 E REGIME ESPECIAL 4100/08, - Forma de Pagamento: A VISTA - Email cliente: campobonitolicitacao@yahoo.com.br - Trib aprox R\$: 3,67 Fed, 2,40 Est - Fonte: IBPT/PR W7m9E1		



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

NOTA DE EMPENHO  
 000655/17  
 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: 220 APARICIO PIANA CNPJ: 666.943.459-68  
 Banco: 001 Ag: 1350-1C/C:11351-4  
 Endereco: RUA RUI BARBOSA 425 CENTRO Fone: PS SERTAOZINHCAMPO BONITO

Licitacao: Nao se Aplica / Contrato: Emissao: 21.02.2017  
 ---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior-- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---  
 30.000,00 26.546,61 35,00 26.511,61

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
01	1		VALOR REFERENTE RESSARCIMENTO DE DESPESAS DE FUNCIONARIO(A) ALAOR MORETO, OCUPANTE DO CARGO DE MOTORISTA LOTADO NA SECRETARIA D SAUDE, QUANDO A SERVICO DA PREFEITURA NO TRANSPORTE SANITARIO.	35,00	35,00

Total Geral  
35,00

*3*

*[Signature]*

*[Signature]*

ANGELA BISINELLA  
ENCARREGADO SERVICOS

CATIANA NERI LOPES  
CONTADOR(A)

ORDENADOR DE DESPESA

Declaro que o Material foi Fornecido / Liquidacao  
 Servico Prestado / JANDIR ROBERTO GREGOLON / Data: 21/02/17.

Ordem de Pagamento / Pagamento / Recibo  
 Em 3/3/12. / Em / / .


Pague-se a importancia / Recebi a importancia  
 Acima Processada / Acima Processada  
 VANIA T. KEMMRICH / ASSINATURA CREDOR  
 SECRETARIA FINANCAS

Banco 3939  
 Cheque: ( )  
 Debito bancario: (X)



## SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO

Eu, Aparicio Piana, ocupante do cargo de MOTORISTA, inscrita no CPF sob o nº 666.943.459-68, venho solicitar o reembolso da quantia de R\$ 35,00 (trinta e cinco Reais), referente ao pagamento de 01 refeição, quando em viagem a cidade de Cascavel – PR, Guaraniaçu-PR e retorno pára Cascavel-PR, nas data de 18/02/2017, referente a transporte sanitário.

  
-----  
**Funcionário**

Autorizo o ressarcimento do funcionário solicitante.

  
-----  
**Secretário**

THEO E THEO LTDA  
CNPJ: 01.151.868/0001-18 - IE: 4070115200 - IM:  
AV. ABILOM DE SOUZA NAVES, 850 - CENTRO  
GUARANIACU - PR

**DANFE NFC-e - Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica**  
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

CODIGO	DESCRIÇÃO		VL. TOTAL
	QTD. UN.	VL. UNIT.	
0001	1 UN	35,00	35,00
TOTAL DE ITENS			1
Valor Produtos			35,00
Descontos			0,00
Preços ICM's			0,00
VALOR A PAGAR			35,00
FORMA DE PAGAMENTO			VALOR
cheiro			35,00

**AREA DE MENSAGEM FISCAL**

Número: 000-004-390 - Série: 001  
Emissão 18/02/2017 13:47:00 - Via Consumidor

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

**CHAVE DE ACESSO**

1117 0281 1918 6800 0118 6600 1000 0043 9010 0004 3900

**CONSUMIDOR**

CNPJ: 09.189.431/0001-50 RURDO MUN D UDE DE  
CAMPO BONITO

Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização

141170200582404 18/02/2017 13:47:55

Desenvolvido por Computex Informática - [www.computex.com.br](http://www.computex.com.br)  
Fone: (45) 3268-2133



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

NOTA DE EMPENHO  
 000696/17  
 Ordinário 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: 220 APARICIO PIANA CNPJ: 666.943.459-68  
 Banco: 001 Ag: 1350-1C/C:5371-6  
 Endereco: RUA RUI BARBOSA 425 CENTRO Fone: PS SERTAOZINHCAMPO BONITO

Licitacao: Nao se Aplica / Contrato: Emissao: 24.02.2017  
 ---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---  
 30.000,00 26.486,61 60,00 26.426,61

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
01	1		VALOR REFERENTE RESSARCIMENTO DE DESPESAS DE FUNCIONARIO(A) APARICIO PIANA, OCUPANTE DO CARG DE MOTORISTA LOTADO NA SECRETARI DE SAUDE, QUANDO A SERVICO DA PREFEITURA NO TRANSPORTE SANITAR (05 CAFES DE 20A024/02/2017).	60,00	60,00

Total Geral  
60,00

  
 -----  
 ANGELA BISINELLA  
 ENCARREGADO SERVICOS

  
 -----  
 CATIANA NERI LOPES  
 CONTADOR(A)

  
 -----  
 ORDENADOR DE DESPESA

-----Liquidacao-----  
 Declaro que o Material foi Fornecido  
 Servico Prestado  
 -----  
 JANDIR ROSARIO GREGOLON  
 -----  
 Pagamento-----  
 Data: 24/02/17.

-----Ordem de Pagamento----- Recibo -----  
 Em 13/3/17 Em / / .  
 Pague-se a importancia Recebi a importancia  
 Acima Processada Acima Processada  
 -----  
 VANIA T. KEMMRICH ASSINATURA CREDOR  
 SECRETARIA FINANÇAS

Banco 3939  
 Cheque: ( )  
 Debito bancario: X.



## SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO

Eu, Aparicio Piana, ocupante do cargo de MOTORISTA, inscrita no CPF sob o nº 666.943.459-68, venho solicitar o reembolso da quantia de R\$ 60,00 (sessenta Reais), referente ao pagamento de 05 cafés, quando em viagem a cidade de Cascavel – PR, Guaraniaçu-PR e retorno pára Cascavel-PR, nas datas de 20 a 24/02/2017, referente a transporte sanitário.

-----  
**Funcionário**

Autorizo o ressarcimento do funcionário solicitante.

-----  
**Secretário**



# NFC-e

## PANIFICADORA E CONFETARIA DOCE SONHO

FIGUEIRA ZORTEA LOVISON  
CNPJ: 04.913.170-0001-60 - E.: 9027831564  
RUA SANTA CATARINA, 1248 - CENTRO - CASCAVEL -  
PR - Fone: (45)3038-6837

LANFE NFC-e Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Este documento permite aproveitamento de crédito ICMS

CODIGO	DESCRICAO	QTD UN	VLR UNIT	VLR TOTAL
01	CARRE COM LETE GRANDE	001 UN X	12,00	60,00
Crd. Total de Itens				1,00
Valor Total R\$				60,00
Valor Desconto R\$				0,00
Valor a Pagar R\$				60,00
Forma de Pagamento			Valor Pago	
Dinheiro				60,00
Informação dos Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012)				28,07

### Mensagem de Interesse do Contribuinte

- Você pagou aproximadamente 7,20 de tributos estaduais  
18,85 de tributos na importação, 2,52 de tributos federais  
Fonte: IBPT

EMITIDA EM AMBIENTE DE PRODUÇÃO  
EMISSÃO NORMAL

Número: 1050 - Série: 1

Emissão: 24/02/2017 07:51:05 - Via Consumidor

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

CHAVE DE ACESSO

141170201943120000160g50010001050159702095

### CONSUMIDOR

CNPJ: 09.169.441/0001-50

FUNDO MUNICIPAL SAÚDE CAMPO BONITO

RUA RUI BARBOSA, 70

CENTRO, CASCAVEL - PR

Consulte por meio de QR Code



Protocolo de Autorização

141170223596153 - 24/02/2017 07:52:07



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

NOTA DE EMPENHO  
 000866/17  
 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: 220 APARICIO PIANA CNPJ: 666.943.459-68  
 Banco: 001 Ag: 1350-1C/C:5371-6  
 Endereco: RUA RUI BARBOSA 425 CENTRO Fone: PS SERTAOZINHCAMPO BONITO

Licitacao: Nao se Aplica / Contrato: Emissao: 08.03.2017  
 ---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---  
 30.000,00 26.635,61 10,00 26.625,61

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
01	1		VALOR REFERENTE RESSARCIMENTO DE DESPESAS DE FUNCIONARIO(A) APARICIO PIANA, OCUPANTE DO CARGO DE MOTORISTA LOTADO NA SECRETARIA DE SAUDE, QUANDO A SERVICO DA PREFEITURA EM VIAGEM A CIDADE DE CASCAVEL-PR NO TRANSPORTE SANITARIO.(01 LANCHE)	10,00	10,00

Total Geral  
 10,00

  
 ANGELA BISINELLA  
 ENCARREGADO SERVICOS

  
 CATIANA MERI LOPES  
 CONTADOR(A)

  
 ORDENADOR DE DESPESA

-----Liquidacao-----  
 Declaro que o Material foi Fornecido  
 Servico Prestado  
 JANDIR ROSARIO GREGOLON  
 Pagamento  
 Data: 08/03/17.

-----Ordem de Pagamento----- Recibo -----  
 Em 13/3/17. Em / / .  
 Pague-se a importancia Recebi a importancia  
 Acima Processada Acima Processada  
 VANIA T. KEMMRICH ASSINATURA CREDOR  
 SECRETARIA FINANÇAS

3937  
 Banco  
 Cheque: ( )  
 Debito bancario: (x)



## SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO

Eu, Aparício Piana, ocupante do cargo de MOTORISTA, inscrita no CPF sob o nº 666.943.459-68, venho solicitar o reembolso da quantia de R\$ 10,00 (dez Reais), referente ao pagamento de 01 lanche, quando em viagem a cidade de Cascavel – PR, na data de 08/03/2017, referente a transporte sanitário.

-----  
**Funcionário**

Autorizo o ressarcimento do funcionário solicitante.

-----  
**Secretário**

Aplicação em poupança

Debitado

Nome

Agência 1350-1

Conta corrente 12906-6

Creditado

Nome APARICIO PIANA

Agência 1350-1

Conta corrente 510005371-9

Varição 0

Valor 125,00

Data Nesta data

Confirma a transferência ?

Assinada por

JB533815 VANIA T KEMMRICH  
JB533835 JANDIR R GREGOLON

13/03/2017 11:18:09

13/03/2017 13:50:28

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB533835 JANDIR R GREGOLON.

# NFC-e

## PANIFICADORA E CONFETARIA DOCE SONHO

ERCI ROSA ZORTEA LOVISON  
CNPJ 01.943.170/0001-60 - IE: 9027831564  
RUA SANTA CATARINA, 1248 - CENTRO - CASCAVEL -  
PR - Fone: (45)3038-6837

DANFE NFC-e Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Não permite aproveitamento de crédito ICMS

QTD	UN	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
1,00	UN	10,00	10,00
Qtd. Total de Itens:			1,00
Valor Total R\$			10,00
Valor Desconto R\$			0,00
Valor a Pagar R\$			10,00
Forma de Pagamento			Valor Pago
Dinheiro			10,00
Informação dos Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012)			3,62

**Mensagem de Interesse do Contribuinte**  
- Você pagou aproximadamente 3,62 de tributos na  
importação: 1,35 de tributos federais. Fonte: IBSPT

EMITIDA EM AMBIENTE DE PRODUÇÃO

EMISSÃO NORMAL

Número: 1151 - Série: 1

Emissão: 08/03/2017 07:41:45 - Via Consumidor

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

**CHAVE DE ACESSO**  
411701049431700001604000001151158375823

CONSUMIDOR

CNPJ 01.943.170/0001-60  
LUNDO MUNICIPAL SAO DE CAMPO BONITO  
RUA SANTA CATARINA, 1248  
CENTRO, CASCAVEL - PR

Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização  
141170273472166 - 08/03/2017 07:39:58



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

NOTA DE EMPENHO  
 000994/17  
 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: 220 APARICIO PIANA CNPJ: 666.943.459-68  
 Banco: 001 Ag: 1350-1C/C:5371-6  
 Endereco: RUA RUI BARBOSA 425 CENTRO Fone: PS SERTAOZINHCAMPO BONITO

Emissao: 15.03.2017

Licitacao: Nao se Aplica / Contrato: Data:  
 ---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior-- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---  
 30.000,00 26.512,57 37,40 26.475,17

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
01	1		VALOR REFERENTE RESSARCIMENTO DE DESPESAS DE 01 REFEICAO AO FUNCIONARIO(A) APARICIO PIANA, OCUPANTE DO CARGO DE MOTORISTA LOTADO NA SECRETARIA DE SAUDE, QUANDO A SERVICO DA PREFEITURA EM VIAGEM A CIDADE DE TOLEDO/PR NO TRANSPORTE SANITARIO.	37,40	37,40

Total Geral  
37,40

  
 -----  
 ANGELA BISINELLA  
 ENCARREGADO SERVICOS

  
 -----  
 CATIANA NERI LOPES  
 CONTADOR(A)

  
 -----  
 ORDENADOR DE DESPESA

-----Liquidacao-----  
 Declaro que o Material foi Fornecido  
 Servico Prestado  
 -----  
 JANDIE ROSARIO GREGOLON  
 -----  
 Data: 15/03/17.

-----Pagamento-----  
 Ordem de Pagamento ----- Recibo -----  
 Em 22/3/17.  
 Em / / .  
 Pague-se a importancia ----- Recebi a importancia  
 Acima Processada ----- Acima Processada  
 VANIA T. KEMMRICH ASSINATURA CREDOR  
 SECRETARIA FINANÇAS

-----  
 Banco 3739  
 Cheque: ( )  
 Debito bancario: (X)



## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

S.H. Mossinger &amp; Cia Ltda

Rua Minas Gerais, 65 - JD Porto Alegre  
85906170 Toledo - PR32787537

## DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR  
DE NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº 000004958

SÉRIE 1

FOLHA 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

4117 0303 5226 5800 0151 5500 1000 0049 5810 0004 9582

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora.

## NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

## PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

141170041988263 15/03/2017 12:35:05

## INSCRIÇÃO ESTADUAL

9020488201

## INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST

## CNPJ

03.522.658/0001-51

## DESTINATÁRIO / REMETENTE

## NOME / RAZÃO SOCIAL

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO BONITO

## FORMA DE PAGAMENTO

0 - A VISTA  
1 - A PRAZO

0

## CNPJ / CPF

09.169.431/0001-50

## DATA EMISSÃO

15/03/2017

## ENDEREÇO

RUA RUI BARBOSA, 70

## BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

## CEP

85450-000

## DATA ENTRADA / SAÍDA

15/03/2017

## MUNICÍPIO

Campo Bonito

## FONE/FAX

4532331344

## UF

PR

## INSCRIÇÃO ESTADUAL

null

## HORA ENTRADA / SAÍDA

12:33:29

## CÁLCULO DO IMPOSTO

## BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

## VALOR DO ICMS

0,00

## BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST

0,00

## VALOR DO ICMS SUBST

0,00

## VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

37,40

## VALOR DO FRETE

0,00

## VALOR DO SEGURO

0,00

## DESCONTO

0,00

## OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

## VALOR TOTAL DO IPI

0,00

## VALOR TOTAL DA NOTA

37,40

## TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

## NOME / RAZÃO SOCIAL

## FRETE POR CONTA

0 - EMITENTE  
1 - DESTINATÁRIO  
2 - OUTROS  
3 - SEM FRETE

9

## CÓDIGO ANTT

## PLACA DO VEÍCULO

## UF

## CNPJ / CPF

## ENDEREÇO

## MUNICÍPIO

## UF

## INSCRIÇÃO ESTADUAL

## QUANTIDADE

## ESPECIE

## MARCA

## NUMERAÇÃO

## PESO BRUTO

## PESO LÍQUIDO

## DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNIDADE	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	DESCONTO	VALOR TOTAL	VALOR		ALÍQUOTA	
										BC ICMS	ICMS	IPI	ICMS IPI
001	Refeicao - Semanal	21089090	102	5102	UN	1,0000	37,40	0,00	37,40	0,00	0,00	0,00	12 0

## CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
---------------------	--------------------------	--------------------------	----------------

## DADOS ADICIONAIS

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Valor aproximado dos impostos pagos: R\$ 0,00 (0%).

## RESERVADO AO FISCO

Documento fiscal emitido com software licenciado de German Tech Sistemas LTDA

RECEBEMOS DE S.H. MOSSINGER &amp; CIA LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTAFISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO: 15/03/2017 VALOR TOTAL: 37,40 DESTINATÁRIO: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO BONITO - RUA RUI BARBOSA - CENTRO - CAMPO BONITO/PR

## DATA DE RECEBIMENTO

## IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e  
Nº 000004958  
SÉRIE 1





## SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO

Eu, Aparicio Piana, ocupante do cargo de MOTORISTA, inscrita no CPF sob o nº 666.943.459-68, venho solicitar o reembolso da quantia de R\$ 69,40, (Sessenta e nove Reais e quarenta centavos), referente ao pagamento de 01 refeição e 01 lanche, quando em viagem a cidade de Toledo – PR, nas datas de 15 e 17/03/2017, referente a transporte sanitário.

*Aparicio Piana*

-----  
**Funcionário**

Autorizo o ressarcimento do funcionário solicitante.

*Sandir R. Gregolon*

-----  
**Sandir R. Gregolon**  
Secretário de Saúde  
Portaria nº 007/2017 PR  
Campo Bonito



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

NOTA DE EMPENHO  
 000939/17  
 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: 220 APARICIO PIANA CNPJ: 666.943.459-68  
 Banco: 001 Ag: 1350-1C/C:5371-6  
 Endereco: RUA RUI BARBOSA 425 CENTRO Fone: PS SERTAOZINHCAMPO BONITO

Licitacao: Nao se Aplica / Contrato: Emissao: 13.03.2017  
 ---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior-- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---  
 30.000,00 26.345,61 34,90 26.310,71

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
01	1		VALOR REFERENTE RESSARCIMENTO DE DESPESAS DE 01 ALMOCO AO FUNCIONARIO(A) APARICIO PIANA, OCUPANTE DO CARGO DE MOTORISTA LOTADO NA SECRETARIA DE SAUDE, QUANDO A SERVICO DA PREFEITURA EM VIAGEM A CIDADE DE TOLEDO-PR EM 13/03/2017 NO TRANSPORTE SANITARIO.	34,90	34,90

Total Geral  
 34,90

  
 -----  
 ANGELA BISINELLA  
 ENCARREGADO SERVICOS

  
 -----  
 CATIANA MERI LOPES  
 CONTADOR(A)

  
 -----  
 ORDENADOR DE DESPESA

-----Liquidacao-----  
 Declaro que o Material foi Fornecido  
 Servico Prestado  
 -----  
 JANDIR ROSARIO GREGOLON  
 Data: 13/03/17.

-----Pagamento-----  
 Ordem de Pagamento Recibo  
 Em 22/3/17. Em / / .  
 Pague-se a importancia Recebi a importancia  
 Acima Processada Acima Processada  
 -----  
 VANIA T. KEMMRICH ASSINATURA CREDOR  
 SECRETARIA FINANÇAS

Banco 3939  
 Cheque: ( )  
 Debito bancario:



A33G221051577822028  
22/03/2017 11:01:50

### Aplicação em poupança

	Debitado	Creditado
Nome		
Agência	1350-1	
Conta corrente	12806-6	

Nome	APARICIO PIANA
Agência	1350-1
Conta corrente	510005371-9
Vanacção	0
Valor	72,30
Data	Nesta data

Confirma a transferência ?

Assinada por      JB533815 VANIA T KEMMIRICH      22/03/2017 10:57:47  
                         JB533835 JANDIR R GREGOLON      22/03/2017 11:01:50

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por JB533835 JANDIR R GREGOLON.



# Campo Bonito

Adm: 2017 a 2020

Administrando com o povo

## SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO

Eu, Aparicio Piana, ocupante do cargo de MOTORISTA, inscrita no CPF sob o nº 666.943.459-68, venho solicitar o reembolso da quantia de R\$ 34,90, (trinta e quatro Reais e noventa centavos), referente ao pagamento de 01 almoço, quando em viagem a cidade de Toledo – PR, na data de 13/03/2017, referente a transporte sanitário.

  
-----  
Funcionário

Autorizo o ressarcimento do funcionário solicitante.

  
-----  
Secretário

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

S.H. Mossinger &amp; Cia Ltda

Rua Minas Gerais, 65 - JD Porto Alegre  
85906170 Toledo - PR32787537

## DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR  
DE NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº 000004952

SÉRIE 1

PÁGINA 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

4117 0303 5226 5800 0151 5500 1000 0049 5210 0004 9520

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora.

## NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de mercadorias adquirida ou recebida de terceiros

## PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

141170040332975 13/03/2017 12:19:08

## INSCRIÇÃO ESTADUAL

9020488201

## INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST

## CNPJ

03.522.658/0001-51

## DESTINATÁRIO / REMETENTE

## NOME / RAZÃO SOCIAL

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAMPO BONITO

## FORMA DE PAGAMENTO

0 - A VISTA  
1 - A PRAZO

0

## CNPJ / CPF

09.169.431/0001-50

## DATA EMISSÃO

13/03/2017

## ENDEREÇO

RUA RUI BARBOSA, 70

## BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

## CEP

85450-000

## DATA ENTRADA / SAÍDA

13/03/2017

## MUNICÍPIO

Campo Bonito

## FONE / FAX

4532331344

## UF

PR

## INSCRIÇÃO ESTADUAL

null

## HORA ENTRADA / SAÍDA

12:18:29

## CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST	VALOR DO ICMS SUBST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	34,90

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	34,90

## TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

## NOME / RAZÃO SOCIAL

## FRETE POR CONTA

0 - EMITENTE  
1 - DESTINATÁRIO  
2 - OUTROS  
9 - SEM FRETE

9

## CÓDIGO ANTT

## PLACA DO VEÍCULO

## UF

## CNPJ / CPF

## ENDEREÇO

## MUNICÍPIO

## UF

## INSCRIÇÃO ESTADUAL

## QUANTIDADE

## ESPECIE

## MARCA

## NUMERAÇÃO

## PESO BRUTO

## PESO LÍQUIDO

## DADOS DO PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNIDADE	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	DESCONTO	VALOR TOTAL	BC		VALOR		ALÍQUOTA	
										ICMS	ICMS	IPI	ICMS	IPI	
001	Befeicao - Geral	21069090	102	5102	UN	1,0000	34,90	0,00	34,90	0,00	0,00	0,00	12	0	

## CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
---------------------	--------------------------	--------------------------	----------------

## DADOS ADICIONAIS

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Valor aproximado dos impostos pagos: R\$ 0,00 (0%).

## RESERVADO AO FISCO

Documento fiscal emitido com software licenciado de German Tech Sistemas LTDA

RECEBEMOS DE S.H. MOSSINGER &amp; CIA LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTAFISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO: 13/03/2017 VALOR TOTAL: 34,90 DESTINATÁRIO: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAMPO BONITO - RUA RUI BARBOSA - CENTRO - CAMPO BONITO/PR

## DATA DE RECEBIMENTO

## IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e  
Nº 000004952  
SÉRIE 1