



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

NOTA DE EMPENHO  
 006436/17  
 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: 2301 DILAIR ANTONIA SILVEIRA LIEBMAM CNPJ: 015.362.569-43

Banco: 237 Ag: 5830-0C/C:610697-8

Endereco: ESTRADA PRINCIPAL S/N ALTO CAN Fone: CAMPO BONITO

Emissao: 13.10.2017

Licitacao: Nao se Aplica / Contrato: Data:  
 ---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---  
 55.000,00 23.684,36 21,80 23.662,56

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
01	1		VALOR REFERENTE RESSARCIMENTO DE DESPESAS DE FUNCIONARIO(A) DILAIR ANTONIA SILVEIRA LIEBMAN, 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.	21,80	21,80

Total Geral  
 21,80

  
 -----  
 ANGELA BISINELLA  
 ENCARREGADO SERVICOS

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

  
 -----  
 ORDENADOR DE DESPESA

-----Liquidacao-----  
 Declaro que o Material foi Fornecido  
 Servico Prestado ----- Data: 13/10/17.  
 JANDIR ROSARIO GREGOLON

-----Pagamento-----  
 Ordem de Pagamento ----- Recibo -----  
 Em 27/10/17. 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, DILAIR ANTONIA SILVEIRA LIEBMAM, ocupante do cargo de MOTORISTA, inscrita no CPF sob o nº 015.362.569-43, venho solicitar o reembolso da quantia de R\$ 21,80 (Vinte e um Reais e oitenta centavos), referente ao pagamento de refeição, quando em viagem as cidade de Cascavel-PR na data de 12/10/2017, referente a transporte sanitário.

---

**Funcionário**

Autorizo o ressarcimento do funcionário solicitante.

---

**Secretário**

Debitado

Agência 1350-1  
 Conta corrente 12808-6 F. MUN SAUDE CAMPO BONITO

Creditado

Banco 237 BANCO BRADESCO S.A.  
 Agência (sem DV) 5830 GUARANIACU  
 Conta corrente (com DV) 6106978  
 CPF 015 362 569-43  
 Nome favorecido DILAIR ANTONIA SILVEIRA LIEBMM  
 Finalidade CRÉDITO EM CONTA CORRENTE  
 Número documento 102.702  
 Valor 21,80  
 Data transferência 27/10/2017

\*CNPJ diferente

Autenticação SiSBB 87FE5A1448ED079C

Assinada por JB533815 VANIA T KEMMRICH  
 JB533835 JANDIR R GREGOLON

27/10/2017 14:16:06  
 27/10/2017 14:31:22

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB533835 JANDIR R GREGOLON.

**RESTAURANTE DE AVILA**

GILMAR A Z DE AVILA - ME  
 CNPJ: 81416703000105 IE: 4101058021  
 AV ASSUNÇÃO: 1312 - CENTRO - CASCAVEL - PR - 85805-030  
 - FONE: (45) 3226-2535

**DANFE NFC-e - Documento Auxiliar**

da Nota Fiscal Eletrônica para Consumidor Final  
 Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

#ICODDESCIOTDUNI VL UN R\$|VLTR R\$|VL ITEM R\$

001 1 REFEIÇÃO 1,00 UN X 21,80 21,80

**QTD. TOTAL DE ITENS** 001

**VALOR TOTAL R\$** 21,80

**FORMA DE PAGAMENTO** Valor Pago 21,80

Dinheiro

**Informação dos Tributos Totais Incidentes** 6,70  
 (Lei Federal 12.741/2012)

ÁREA DE MENSAGEM DE INTERESSE DO CONTRIBUINTE  
 OBRIGADO PELA PREFERENCIA VOLTE SEMPRE!MDS:  
 052F3E8039DA28CDD2B06A80399583AD

**CONSUMIDOR**

CNPJ/CPF/ID Estrangeiro: -09.169.431/0001-50  
 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
 RUA GETULIO VARGAS 123 CENTRO CAMPO BONITO

ÁREA DE MENSAGEM FISCAL  
 Numero 000001754 - Serie 065  
 Emissão 12/10/2017 13:08:51 - Via Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.fazenda.pr.gov.br/>  
 CHAVE DE ACESSO

4117 108T+182-0300 0105 9508 5000 0017 5410 0001 7540



Consulta via leitor de QR Code  
 Protocolo de Autorização: 141171212663737 12/10/2017 13:08:50  
 SGBR - Sistemas



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

NOTA DE EMPENHO  
 006004/17  
 Ordinario Orcamentario

Area de Atuacao: Fonte Recursos: 0 Recursos Ordinarios (Li  
 Orgao: 08 SECRETARIA DE EDUCACAO E CULTU Unid: 01 Depto de Educacao e Cultura  
 Dotacao: 123610004.2.136.3390.36.00.00 OUTROS SERVICOS DE TERCEIRO Conta: 2313

Credor: 3106 ADAIR FERNANDES DOS SANTOS CNPJ: 007.206.999-67  
 Banco: 748 Ag: 727 C/C:55255-0  
 Endereco: RUA JOAQUIM FERREIRA DE ALBUQU Fone: CAMPO BONITO


Licitacao: Nao se Aplica / Contrato: Emissao: 27.09.2017  
 ---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior-- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---  
 10.000,00 2.968,58 330,00 2.638,58

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
01	1		VALOR REFERENTE RESSARCIMENTO DE DESPESAS DE FUNCIONARIO(A) ADAIR FERNANDES DOS SANTOS, OCUPANTE DO CARGO DE MOTORISTA LOTADO NA SECRETARIA DE EDUCACAO, QUANDO A SERVICO DA PREFEITURA EM VIAGEM A CIDADE DE CASCAVEL/PR NO TRANSPORTE DE ESTUDANTES.	330,00	330,00

Total Geral  
 330,00

  
 -----  
 ANGELA BISINELLA  
 ENCARREGADO SERVICOS

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

  
 -----  
 ORDENADOR DE DESPESA

-----Liquidacao-----  
 Declaro que o Material foi Fornecido  
 Servico Prestado  
 -----  
 MARLY MIORANZA DOS SANTOS  
 -----  
 Data: 27/09/17

-----Pagamento-----  
 Ordem de Pagamento ----- Recibo -----  
 Em 04/10/17. Em / / .

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

Banco 3867  
 Cheque: ( )  
 Debito bancario: (X)



# SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

## SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO

Eu, Adair Fernandes dos Santos, ocupante do cargo de motorista, inscrito no CPF sob o nº 007.206.999-67, venho solicitar o reembolso da quantia de R\$ 330,00 (trezentos e trinta reais), referente ao pagamento de 11 refeições, efetuado nos dias 13/09, 14/09, 15/09, 18/09, 19/09, 20/09, 21/09, 22/09, 25/09, 26/09 e 27/09, em função do transporte universitário a Cascavel.

*Adair F. dos Santos*

Funcionário

Autorizo o ressarcimento do funcionário solicitante.

*Marly Mioranza*

Marly Mioranza  
Secretária de Educação

**DOC ou TED Eletrônico**

**Debitado**

Agência 1350-1  
 Conta corrente 217397-2 PREF MUN CAMPO BONITO FPM

**Creditado**

Banco 748 BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A  
 Agência (sem DV) 727 SICREDI LARANJEIRAS DO SUL  
 Conta corrente (com DV) 552550  
 CPF 007.206.999-67  
 Nome favorecido ADAIR FERNANDES DOS SANTOS  
 Finalidade CREDITO EM CONTA CORRENTE  
 Número documento 100.401  
 Valor 330,00  
 Data transferência 04/10/2017

"C" - CNPJ diferente

Autenticação SISBB AC832BECD17F3912

Assinada por JB533815 VANIA T KEMMRICH  
 JB533814 ANTONIO C DOMINIAK

04/10/2017 10:35:48

04/10/2017 10:43:34

Transação efetuada com sucesso

Transação efetuada com sucesso por: JB533814 ANTONIO C DOMINIAK

SABOR RESTAURANTE LTDA - ME  
 CNPJ: 09.993/0001-38 - IE: 9082953950 - IM:  
 LIAS TORRES: 429 - SANTA CRUZ  
 CASCAVEL - PR

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

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD UN	VL UNIT	VL TOTAL
4	JANTA	11 UN	30,00	330,00
QTD TOTAL DE ITENS: 1				
Valor Propri				330,00
Descontos				0,00
Acréscimos				0,00
VALOR A PAGAR				330,00
FORMA DE PAGAMENTO				VALOR
Dinheiro				330,00

Informação dos Tributos Totais Incidentes: 13,96 (Fonte: IBPT)  
 (Lei Federal 12.741/2012)

Doc emitido por Microempresa optante pelo Simples ou EPP

**AREA DE MENSAGEM FISCAL**

Número: 000.000.935 - Série: 001  
 Emissão: 27/09/2017 19:58:45 - Via Consumidor

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

**CHAVE DE ACESSO**

4117 0917 7959 8900 0138 6500 1000 0009 3510 0000 1092  
**CONSUMIDOR**

CNPJ: 80.869.621/0001-45 MUNICIPIO DE CAMPO BONITO  
 R PREFEITO DARCISIO ROBERTO GRASSI, 101  
 SEDE  
 CENTRO - CAMPO BONITO/PR

Consulte via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização

141171147291202 27/09/2017 19:58:47



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

NOTA DE EMPENHO  
 006044/17  
 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: 2301 DILAIR ANTONIA SILVEIRA LIEBMAM CNPJ: 015.362.569-43  
 Banco: 237 Ag: 5830-0C/C:610697-8  
 Endereco: ESTRADA PRINCIPAL S/N ALTO CAN Fone: CAMPO BONITO

Licitacao: Nao se Aplica / Contrato: Emissao: 28.09.2017  
 ---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior-- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---  
 30.000,00 1.706,24 53,00 1.653,24

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
01	1		VALOR REFERENTE RESSARCIMENTO DE DESPESAS DE FUNCIONARIO(A) DILAIR SILVEIRA LIEBMAN, OCUPANTE DO CARGO DE MOTORISTA LOTADO NA SECRETARIA DE SAUDE, QUANDO A SERVICIO DA PREFEITURA EM VIAGEM A CIDADE DE CASCAVEL/PR NO TRANSPORTE SANITARIO.	53,00	53,00

Total Geral  
53,00

  
 -----  
 ANGELA BISINELLA  
 ENCARREGADO SERVICOS

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

  
 -----  
 ORDENADOR DE DESPESA

-----Liquidacao-----  
 Declaro que o Material foi Fornecido  
 Servico Prestado  
 -----  
 JANDIR ROSARIO GREGOLON  
 Data: 28/09/17.

-----Pagamento-----  
 Ordem de Pagamento  
 Em 04/10/17.  
 Recibo  
 Em / / .

Pague-se a importancia  
 Acima Processada  
 -----  
 VANIA T. KEMMRICH ASSINATURA CREDOR  
 SECRETARIA FINANÇAS

Banco 3939  
 Cheque: ( )  
 Debito bancario:



MUNICÍPIO DE  
**Campo Bonito**  
Administrando com o Povo  
ADM 2017/2020

### SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO

Eu, DILAIR ANTONIA SILVEIRA LIEBMAM, ocupante do cargo de MOTORISTA, inscrita no CPF sob o nº 015.362.569-43, venho solicitar o reembolso da quantia de R\$ 53,00 (cinquenta e três Reais), referente ao pagamento de lanches, quando em viagem as cidade de Cascavel-PR na data de 07, 13, 15, 18, 20/09/2017, referente a transporte sanitário.

*Dilair AS Liebmam*

\_\_\_\_\_  
**Funcionário**

Autorizo o ressarcimento do funcionário solicitante.

*[Assinatura]*

\_\_\_\_\_  
**Secretário**







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

NOTA DE EMPENHO  
 005858/17  
 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: 2301 DILAIR ANTONIA SILVEIRA LIEBMAM CNPJ: 015.362.569-43

Banco: 237 Ag: 5830-0C/C:610697-8

Endereco: ESTRADA PRINCIPAL S/N ALTO CAN Fone: CAMPO BONITO

Emissao: 25.09.2017

Licitacao: Nao se Aplica / Contrato: Data:  
 ---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---  
 30.000,00 1.387,74 30,00 1.357,74

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
01	1		VALOR REFERENTE ADIANTAMENTO PARA DE DESPESAS DO FUNCIONARIO(A) DILAIR SILVEIRA LIEBMAN, OCUPANTE DO CARGO DE MOTORISTA LOTADO NA SECRETARIA DE SAUDE, QUANDO A SERVICIO DA PREFEITURA EM VIAGEM A CIDADE DE CASCAVEL/PR NO TRANSPORTE SANITARIO.	30,00	30,00

Total Geral  
30,00

ANGELA BISINELLA  
 ENCARREGADO SERVICOS

CATIANA NERI LOPES  
 CONTADOR(A)

ORDENADOR DE DESPESA

-----Liquidacao-----  
 Declaro que o Material foi Fornecido  
 Servico Prestado Data: 26/09/17.

JANDIR ROSARIO GREGOLON

-----Pagamento-----

Ordem de Pagamento Recibo  
 Em 04/10/17. 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, DILAIR ANTONIA SILVEIRA LIEBMAM, ocupante do cargo de MOTORISTA, inscrita no CPF sob o nº 015.362.569-43, venho solicitar o reembolso da quantia de R\$ 30,00 (trinta Reais), referente ao pagamento de lanche e almoços, quando em viagem as cidades de Toledo e Cascavel-PR na data de 21 e 25/09/2017, referente a transporte sanitário.



Funcionário

Autorizo o ressarcimento do funcionário solicitante.



Secretário

DOC ou TED Eletrônico

Debitado

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

Creditado

Banco 237 BANCO BRADÉSCO S.A.  
 Agência (sem DV) 5830 GUARANIACU  
 Conta corrente (com DV) 6106978  
 CPF 015.362.569-43  
 Nome favorecido DILAIR ANTONIA SILVEIRA LIEBMAM  
 Finalidade CREDITO EM CONTA CORRENTE  
 Número documento 100.403  
 Valor 83,00  
 Data transferência 04/10/2017

\*C\* - CNPJ diferente

Autenticação SISBB EE9A8692CC2A3933

Assinada por JB533815 VANIA T KEMMRICH 04/10/2017 10:42:12  
 JB533835 JANDIR R GREGOLON 04/10/2017 10:47:05

Transação efetuada com sucesso

Transação efetuada com sucesso por: JB533835 JANDIR R GREGOLON

**SOLES RESTAURANTE**

SOUZA LOPES RESTAURANTE LTDA 19.781.586/0001-05  
 AV MINISTRO SIRNE LIMA, 2770 - JDM SANTA MARIA -  
 TOLEDO - PR - 85903-580 - FONE: (45)33527392

**DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL**

#CODDESCOTITUM VL UN R\$ VALTR R\$ V L ITEM R\$

001	4	Almoço por kg	2,00	un	X	7,00	14,00
<b>QTD. TOTAL DE ITENS</b>							<b>14,00</b>
<b>VALOR TOTAL R\$</b>							<b>14,00</b>
<b>FORMA DE PAGAMENTO</b>							<b>Valor Pago</b>
Dinheiro							14,00

Numero 0000007982 - Série 001  
 Emissão 21/09/2017 13:20:00 - Via Consumidor  
 Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.fazenda.pr.gov.br/>  
 4117 0919 7815 8606 0105 6500 10 0178 R\$10.0007 6820

CONSUMIDOR CNPJ: 09.189.431/0001-50  
 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAMPO BONITO



OBRIGADO PELO A PREFERENCIA. VOLTAR SEMPREMOS  
 052F3E8039DA2BCDD2B08A803095B3AD  
 Tributos Incidíveis Lei Federal 12.741/12 - Total R\$ 4,31  
 SGB: Sistemas

**NFC-e**

**FÁBIO DORR E CONFELIARI DOC E SONHO**

RUA FLORES ZORRILLA LOVISON  
 CEP: 91317-000-660 - BL: 9027831541  
 BRUNO ENRIQUE ATARDINA, 1218 - CENTRO - CASCAVEL -  
 PR - Fone: (45)3038-6833

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Descrição	QTD UN	VAL UNID	VAL TOTAL
LANCHE	2,00	8,00	16,00
<b>Qtd. Total de Itens</b>			<b>1,00</b>
<b>Valor Total R\$</b>			<b>16,00</b>
<b>Descontos R\$</b>			<b>0,00</b>
<b>Valor a Pagar R\$</b>			<b>16,00</b>
<b>FORMA DE PAGAMENTO</b>			<b>VALOR PAGO</b>
Dinheiro			16,00

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.fazenda.pr.gov.br/>  
 4117 0919 7815 8606 0105 6500 1000 0031 1216 0179 4180

CONSUMIDOR (CPF): 09.189.431.0001-50  
 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE CAMPO BONITO - RUA RUI  
 BASTOS, 70 - CENTRO, CAMPO BONITO - PR  
 Nº de série: 3175 - Série F: 23/09/2017 10:53:35  
 Protocolo de Autorização: 141171127976225  
 Data de Autorização: 23/09/2017 10:53:31

