

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

000344/17 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: 2855 EDIVALDO DOS SANTOS VIDAL CNPJ: 045.487.599-13  
 Banco: 001 Ag: 1350-1C/C:15751-1  
 Endereco: RUA SEBALDO MARTINS PIRES S/N Fone: CAMPO BONITO

Nao se Aplica Emissao: 04.02.17Vencimento: 04.02.17  
 ---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---  
 30.000,00 27.936,93 50,00 27.886,93

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1	1		VALOR REFERENTE RESSARCIMENTO DE DESPESAS DE FUNCIONARIO(A) EDIVALDO DOS SANTOS VIDAL, OCUPANTE DO CARGO DE MOTORISTA LOTADO NA SECRETARIA DE SAUDE, QUANDO A SERVICO DA PREFEITURA EM VIAGEM A CIDADE DE CASCAVEL NO TRANSPORTE SANITARIO(DESPEAS COM CAFE DA MANHA DE 30/01/17 A 03/02/2017).	50,00	50,00

Local de Entrega

Total Geral  
50,00

ENCARREGADO SERVICOS

CONTADOR

ORDENADOR DA DESPESA

Declaro que o Material foi Fornecido  
 Servico Prestado  
 -----Liquidacao-----  
 RESPONSÁVEL Data: 04/02/17

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

Ordem de Pagamento  
 Em 102/17.  
 -----Recibo-----  
 Em / / .

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

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



## SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO

Eu, EDIVALDO DOS SANTOS VIDAL, ocupante do cargo de MOTORISTA, inscrito no CPF sob o nº 045.487.599-13, venho solicitar o reembolso da quantia de R\$ 50,00 (Cinquenta Reais), referente ao pagamento de 05 lanches, quando em viagem a cidade de Cascavel - PR nas datas de 30/01 a 03/02 de 2017, referente a transporte sanitário.

-----  
Funcionário

Autorizo o ressarcimento do funcionário solicitante.

-----  
Secretário

Transferência entre contas diversas

Debitado:

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

Creditado:

Nome EDIVALDO DOS SANTOS VIDAL
Agência 1350-1
Conta corrente 15751-1
Valor 50,00
Data Nesta data

Assinada por JB533835 JANDIR R GREGOLON 10/02/2017 11:10:14
JB533815 VANIA T KEMMRICH 10/02/2017 11:13:01

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB533815 VANIA T KEMMRICH.

15/02/2017

NFC-e

FANTHEC ADORA E CONFETARIA DOCE

SONHIO

RUA TRISTANA ZOCHELIA LOVISON

CNPJ: 04.913.170/0001-60 - IE: 902.7831564

RUA SANTA CATARINA, 1238 - CENTRO - CANS. VIEL -

PR - Fone: (41)3038-6887

DANFE NFC-e Documento Auxiliar da

Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Nota Fiscal eletronicamente de crédito de NFS

Código de barras

008 DANFE 50,00 N 10,00 VAL TOTAL

Valor Total de Bens

Valor Total R\$ 50,00

Valor Desconto R\$ 0,00

Valor a Pagar R\$ 50,00

Forma de Pagamento

Valor Pago 50,00

Indicador de Pagamento

Indicador de Pagamento

Indicador de Pagamento

Indicador de Pagamento

Indicador de Pagamento

Mensagem de Interesse do Contribuinte

Verifique o pagamento aproximadamente 15 dias de tributos em

impedimento de 6.3 de tributos federais. Evale: IRRF

EMITIDA EM AMBIENTE DE PRODUÇÃO

EMISSÃO NORMAL

Número: 879 - Série: 1

Emissão: 08/02/2017 09:12:21 - Via: Contribuinte

Consulte pela chave de acesso em

http://www.fazenda.gov.br

CHAVE DE ACESSO

4117.0204.9131.0000.0169.6500.1000.0008.7919.0228.4377

CONSUMIDOR

CNPJ: 07.916.691.69.431.0001-80

FUNDO MUNICÍPAL SAUDE E AMPLIACAO SONHIO

RUA BRILHAROSA, 70

CENTRO - CANS. VIEL - PR

Assinada eletronicamente pelo QR Code



Protocolo de Autenticação

44117041337039970 - 03/02/2017 09:11:00

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

000426/17 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: 2855 EDIVALDO DOS SANTOS VIDAL CNPJ: 045.487.599-13  
 Banco: 001 Ag: 1350-1C/C:15751-1  
 Endereco: RUA SEBALDO MARTINS PIRES S/N Fone: CAMPO BONITO

Nao se Aplica Emissao: 09.02.17Vencimento: 09.02.17  
 ---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior-- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---  
 30.000,00 26.227,01 177,00 26.050,01

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1	1		VALOR REFERENTE RESSARCIMENTO DE DESPESAS DE FUNCIONARIO(A) EDIVALDO VIDAL, OCUPANTE DO CARGO DE MOTORISTA LOTADO NA SECRETARIA DE SAUDE, QUANDO A SERVICO DA PREFEITURA EM EM VIAGEM A CIDADE DE CASCAVEL NO TRANSPORTE SANITARIO(05 ALMOCOS DE 06 A 10/02/2017).	177,00	177,00

Local de Entrega

ENCARREGADO SERVICOS

CONTADOR

Total Geral  
177,00

ORDENADOR DA DESPESA

Declaro que o Material foi Fornecido  
 Servico Prestado  
 -----Liquidacao-----  
 RESPONSAVEL  
 Data: 09/02/17

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

Ordem de Pagamento ----- Recibo -----  
 Em 22/2/17. Em / / .

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

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



## SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO

Eu, EDIVALDO DOS SANTOS VIDAL, ocupante do cargo de MOTORISTA, inscrito no CPF sob o nº 045.487.599-13, venho solicitar o reembolso da quantia de R\$ 177,00 (Cento e setenta e sete Reais), referente ao pagamento de 05 almoços, quando em viagem a cidade de Cascavel - PR nas datas de 06, 07, 08, 09 e 10/02 de 2017, referente a transporte sanitário.

  
-----  
**Funcionário**

Autorizo o ressarcimento do funcionário solicitante.

  
-----  
**Secretário**



Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome F MUN SAUDE CAMPO BONITO  
Agência 1350-1  
Conta corrente 12806-8

Creditado

Nome EDIVALDO DOS SANTOS VIDAL  
Agência 1350-1  
Conta corrente 15751-1  
Valor 177,00  
Data Nesta data

Assinada por JB533815 VANIA T KEMMRICH 22/02/2017 11:05:20  
JB533835 JANDIR R GREGOLON 22/02/2017 12:56:15

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB533835 JANDIR R GREGOLON.



Entre contas correntes

A33R221033549403063  
22/02/2017 11:05:20

Debitado  
Nome F MUN SAUDE CAMPO BONITO  
Agência 1350-1  
Conta corrente 12806-8

Creditado  
Nome EDIVALDO DOS SANTOS VIDAL  
Agência 1350-1  
Conta corrente 15751-1  
Valor 177,00  
Data Nesta data

Transação registrada como pendente por ausência de assinaturas.

Pendência número: 516221039

Usuário: JB533815 VANIA T KEMMRICH



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

000228/17 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 TERCEIRO Conta: 406

Credor: 2855 EDIVALDO DOS SANTOS VIDAL CNPJ: 045.487.599-13  
 Banco: 001 Ag: 1350-1C/C:15751-1  
 Endereco: RUA SEBALDO MARTINS PIRES S/N Fone: CAMPO BONITO

Nao se Aplica Emissao: 27.01.17 Vencimento: 27.01.17  
 ---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---  
 30.000,00 28.558,43 50,90 28.507,53

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1	1		VALOR REFERENTE RESSARCIMENTO DE DESPESAS DE FUNCIONARIO(A) EDIVALDO VIDAL, OCUPANTE DO CARGO DE MOTORISTA LOTADO NA SECRETARIA DE SAUDE, QUANDO A SERVICO DA PREFEITURA EM VIAGEM A CIDADE DE CURITIBA-PR NO TRANSPORTE SANITARIO.	50,90	50,90

Local de Entrega

  
 ENCARREGADO SERVICOS

  
 CONTADOR

 Total Geral  
 50,90  
 ORDENADOR DA DESPESA

-----Liquidacao-----  
 Declaro que o Material foi Fornecido  
 Servico Prestado  
 -----RESPONSAVEL-----  
 Data: 27/01/17

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

-----Ordem de Pagamento-----  
 Em 1/2/17.

-----Recibo-----  
 Em / / .

Pague-se a importancia  
 Acima Processada  
 SECRET. FINANÇAS

Recebi a importancia  
 Acima Processada  
 ASSINATURA CREDOR

Cheque  
 Banco 3939  
 Recursos:

Certifico Haver Pago  
 a Importancia Acima  
 Mencionada  
 TESOUREIRO



# SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO

Eu Edinaldo S. Vidal....., ocupante do cargo de motorista....., inscrito no CPF sob o nº (045.487.599-13)....., venho solicitar o reembolso da quantia de R\$ (233,94)....., referente ao pagamento efetuado em 27/01/2017, em função de (Viagem a Curitiba).....

Vidal  
-----  
Funcionário

Autorizo o ressarcimento do funcionário solicitante.

[Assinatura]  
-----  
Secretário

## I. V. COMERCIO DE ALIMENTOS LTDA

ROD BR 277 KM 254 + 850Mts, SN-LINHA PINHO  
TRAÍI-PR Tel: 4234351167  
CNPJ: 24710124000129 IE: 9072086489

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica para Consumidor Final  
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS  
Item Código Descrição  
Qtd. UN. Vl.Unit(R\$) ST Vl.Item(R\$)

001 915 1705300#19022000#REFEICAD RS 3 1UN T3 35,00+

QTD. TOTAL DE ITENS 1  
VALOR TOTAL R\$ 35,00  
FORMA DE PAGAMENTO VALOR PAGO  
D i n 35,00

Vendedor: 1705 -  
EMITIDA EM CONTINGENCIA  
Deve ser autorizado em até 24 horas  
Número 121538 Serie 3 Emissao 27/01/2017 19:59:21-VIA CONSUMIDOR  
Consulta pela chave de acesso em <http://www.dfportal.fazenda.pr.gov.br>

CHAVE DE ACESSO  
41170124710124000129650030000248859000248857  
CONSUMIDOR  
CNPJ: 09169431000150

fms de campo bonito

Consulta via leitor de QR Code



EMITIDA EM CONTINGENCIA  
Deve ser autorizado em até 24 horas

COO: 142559  
MD-5:E81FE406233B86DC98294076D2B0C82E

MELCINHARA DE FATIMA DE OLIVEIRA  
RESTAURANTE LIDER  
CNPJ:03.706.556/0001-96 IE:902.05488-08  
FONE:41 3015-0247 / CURITIBA - PR

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

ITEM	CODIGO	QTD	DESCRICAO	UNIT.	SUBTOTAL
1	00000000000002	01,00	BUFFET LIVRE	15,90	15,90

TOTAL: 15,90  
DINHEIRO: 15,90  
TROCO: 0,00

Informações Adicionais  
Tributos aproximados:R\$2,14(13,45%) Federal R\$1,91(12,00%)Estado  
a) R\$0,00(0,00%)Municipal - Fonte: IBPT -PR

Número:795 - Serie:1  
Emissao:27/01/2017 - 11:43:56  
Via Consumidor  
Consulta pela Chave de Acesso em:  
[nfce.fazenda.pr.gov.br](http://nfce.fazenda.pr.gov.br)

CHAVE DE ACESSO  
41170103706556000196650010000007951000007956

CONSUMIDOR CNPJ:09169431000150

MENS DO CAMPO BONITO  
RUA RUI BARBOSA 70  
85450000 Centro CAMPO BONITO - PR



Protocolo 141170105431383 27/01/2017 12:43:19

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

000229/17 Ordinario Orcamentario

Area de Atuacao: Fonte Recursos: 303 Saude / percentual vinc  
 Orgao: 06 SECRETARIA DE SAUDE Unid: 04 Fundo Municipal de Saude  
 Dotacao: 103010006.2.027.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO Conta: 381

Credor: 2667 AUTO POSTO CANAAN LTDA CNPJ: 04.202.351/0001-36  
 Banco: 000 Ag: C/C:  
 Endereco: ROD. BR 277, KM 254 Fone: 42-34232180 IRATI

Nao se Aplica Emissao: 27.01.17 Vencimento: 27.01.17  
 ---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---  
 385.000,00 379.394,00 173,04 379.220,96

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1	1		VALOR REFERENTE DESPESAS AQUISICAO DE 45,656 LITROS DE COMBUSTIVEL VEICULO:SPIN PLACA:BAZ-0996 KM:5241		
			RESSARCIMENTO AO SERVIDOR EDIVALDO DOS SANTOS VIDAL OCUPANTE DO CARGO EFETIVO DE MOTORISTA LOTADO NA SECRETARIA DE SAUDE QUANDO A SERVICO DA PREFEITURA EM VIAGEM A CIDADE DE CURITIBA NO TRANSPORTE SANITARIO.	173,04	173,04

Local de Entrega

Total Geral  
173,04

ENCARREGADO SERVICOS

CONTADOR

ORDENADOR DA DESPESA

-----Liquidacao-----  
 Declaro que o Material foi Fornecido  
 Servico Prestado  
 RESPONSÁVEL  
 Data: 27/01/17.

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

-----Ordem de Pagamento----- Recibo -----  
 Em 1/2/17. Em / / .

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

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

RECEBIMENTO DE POSTO OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL AO LADO, TAMBÉM OS BOLETOS DE COBRANÇA RESPECTIVOS.

NF-e  
Nº 000.055.831  
SÉRIE 3

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO ASSINATURA DO RECEBEDOR FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAMPO BONITO 173,04

**POSTO  
AUTO POSTO CANAAN LTDA**



BR 277 KM 254,8 - LINHA PINHO  
Irati - PR - 84500000 CNPJ: 04202351000136-  
Tel.: 4234351167

**DANFE**  
Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA **1**

Nº 000.055.831

SÉRIE 3

FL 01/01

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO DA NF-e

41-1701-04.202.351/0001-36-55-003-000.055.831-100.305.708-2

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e  
[www.nfe.fazenda.gov.br](http://www.nfe.fazenda.gov.br) ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
Venda Registrada em ECF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

9022458393

I.E. DO SUBS. TRIBUTARIO

CNPJ

04202351000136

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

141170014532976 27/01/2017 20:04:41

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAMPO BONITO

CNPJ/CPF

09169431000150

DATA DA EMISSÃO

27/01/2017

ENDEREÇO

RUA GETULIO VARGAS

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

85450000

DATA DE SAÍDA

27/01/2017

MUNICÍPIO

Campo Bonito

FONE/FAX

4532331282

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

20:04:56

FATURA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR					
CÁLCULO DO IMPOSTO													
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST		VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS							
0,00		0,00	0,00		0,00	173,04							
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA							
0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	173,04							
TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS													
RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF						
			Sem Frete										
ENDEREÇO			MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL							
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO							
46	A GRANEL			0,000 Kg		0,000 Kg							
DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO													
CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNIDADE	QUANTIDADE	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	ALIQ. ICMS	B. ST	V. ST
1	GASOLINA COMUM Valor da Base da Calculo do ICMS: 0,00; Valor do ICMS 0,00	27101259	090	5929	L	45,656	3,7900	173,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Referente NFC-e: 116873 Serie: 1 Equipamento : 4 Pagto: Cartao: 173.04Motorista : /Placa: PLACA = BAZ0996/ UF = HODOM = 5241

RESERVADO AO FISCO

---

**Transferência entre contas diversas**

## Debitado

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

## Creditado

Nome EDIVALDO DOS SANTOS VIDAL  
Agência 1350-1  
Conta corrente 15751-1  
Valor 223,94  
Data Nesta data

---

Assinada por JB533835 JANDIR R GREGOLON 01/02/2017 13:03:24  
JB533815 VANIA T KEMMRICH 01/02/2017 16:12:19

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JB533815 VANIA T KEMMRICH.

**AUTO POSTO CANAAN LTDA**  
**POSTO**

BR 277 KM 254,8, S/N LINHA PINHO Irati/PR Cep:84500-000  
Tel:(42)3435-1167

CNPJ: 04.202.351/0001-36 IE: 902.24583-93

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

N	CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL UN R\$	VL TOTAL R\$
001	1	GASOLINA COMUM	45,656	L	X 3,790	173,04

QTD TOTAL DE ITENS 001  
**VALOR TOTAL R\$ 173,04**  
FORMA DE PAGAMENTO Valor Pago  
Cartão de Débito 173,04

Informação dos Tributos Totais Incidentes 23,27  
(Lei Federal 12.741/2012)

Val Aprox. Tributos R\$23,27 (13,45%) Fonte IBPT  
##84#E1723258#EF723304##

OPERADOR: Vitorio  
Placa: BA20996 KM:5241

Número 000116873 Série 001-Emissão 27/01/2017 20:03:57  
Via Consumidor  
Consulte pela Chave de Acesso em:  
<http://www.fazenda.pr.gov.br/>  
CHAVE DE ACESSO  
4117 0104 2023 5100 0136 6500.1000 1168 7310 4116 8735

**CONSUMIDOR**  
CNPJ: 09.169.431/0001-50  
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAMPO BONITO

Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização  
141170108034533 27/01/2017 20:04:07

002

0.\*

50.90+  
173.04+

223.94\*