



Município de Cantagalo - PR

CNPJ: 78279981000145 IE: _____
Endereço: Rua Cinderela, 379 CEP: 85160000 Cidade: Cantagalo
Fone: 42 3636-1185 Fax: 42 3636-1478

NOTA DE EMPENHO

Número **6612/2024** Tipo Ordinário Emitido em 19/08/2024 Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

Licitação _____
Tipo Sem licitação Número _____

Contrato/Aditivo _____
Sequência Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor _____
Fornecedor **FABIO ADRIEL VARELLA** Matrícula 64223-1 CPF/CNPJ 078.125.649-67

Endereço **LIN CAVACO, 0 - CASA** Bairro **CAVACO**
Cidade/UF **Cantagalo/PR** CEP 85160-000 Fone 042991349425

Classificação da despesa _____
Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 748 727-7 37281-1

06 SECRETARIA DE SAÚDE	Saldo anterior
06.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	R\$ 12.106,43
10.301.0060.2029 MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	Valor empenhado
3.3.90.14.14.05 DESPESAS DE VIAGENS REALIZADAS EM REGIME DE RESSARCIMENTO - SERVIDORES	R\$ 50,00
1963 00493 INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO SERV ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA CUMPRIMENTO	Saldo atual
Do Exercício	R\$ 12.056,43

Outras informações _____

Histórico _____
REFERENTE AO RESSARCIMENTO DE DESPESAS GASTAS COM ALIMENTAÇÕES, EM VIAGEN À CIDADE DE CASCACEVL PR NO DIA 20 DE JUNHO DE 2024. VIAGEM ESSA AFIM DO TRANSPORTE DE PACIENTES DO MUNICÍPIO DE CANTAGALO - PR, JUNTO A CLÍNICAS, HOSPITAIS E DEMAIS ATIVIDADES QUE SE FIZERAM NECESSÁRIAS O TRANSPORTE, PELA SECRETARIA DE SAÚDE CONFORME MEMORANDO ANEXO.

JOAO KONJUNSKI
PREFEITO MUNICIPAL



Município de Cantagalo - PR

CNPJ: 78279981000145 IE:
Endereço: Rua Cinderela, 379 CEP: 85160000 Cidade: Cantagalo
Fone: 42 3636-1185 Fax: 42 3636-1478

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **6407/2024** Emitido em **19/08/2024** Requisição Nº _____ Empenho Nº **6612/2024**

Licitação _____
Tipo **Sem licitação** Número _____
Contrato/Aditivo _____
Sequência Contrato _____ Aditivo _____ Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor _____
Fornecedor **FABIO ADRIEL VARELLA**

Endereço **LIN CAVACO, 0 - CASA** Matrícula **64223-1** CPF/CNPJ **078.125.649-67**
Cidade/UF **Cantagalo/PR** CEP **85160-000** Fone **042991349425** Bairro **CAVACO**
Classificação da despesa _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
06 SECRETARIA DE SAÚDE Conta Corrente **748 727-7 37281-1**

06.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Saldo do empenho **R\$ 50,00**
10.301.0060.2029 MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Valor liquidado **R\$ 50,00**
3.3.90.14.14.05 DESPESAS DE VIAGENS REALIZADAS EM REGIME DE RESSARCIMENTO - SERVIDORES Saldo a Liquidar **R\$ 0,00**
1963 00493 INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO SERV ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA CUMPRIMENTO

Outras informações _____

Retenções _____

Total de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 50,00**

Servidor que autorizou a liquidação **31131 - PAULO REGINALDO MASSENHAN**

Vencimento da liquidação **18/09/2024**

Histórico _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE CANTAGALO

ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 78.279.981/0001-45

Rua Cinderela, 379 – Fone: (42) 3636-1185 – Fax: (42) 3636-1478 – CEP: 85.160-000

www.cantagalo.pr.gov.br

Memorando 836/2024

De: Secretaria de Saúde

Para: Setor de Contabilidade

Data: 15/08/2024

Ref. A ressarcimento de viagem

Venho por meio deste, solicitar o ressarcimento ao Servidor Público Municipal de Cantagalo/Pr:

Fabio Adriel Varella:

- **R\$ 50,00 (Cinquenta reais)**, referente a almoço no dia 20 de junho de 2024, em viagem a Cascavel/PR;

Total: R\$ 50,00 (Cinquenta reais).

Justifica-se tal pedido, devido a não emissão de diárias para as referidas datas, por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Cantagalo/Pr;

Sendo o que tínhamos para o momento;

Atenciosamente.

Paulo Massenham

Diretor de Transporte da Secretaria de Saúde
PORTARIA 045/2021



J C Sverdovski & Cia. Ltda
CNPJ: 23.338.022/0001-61
Rod Br 277, S/n, 0, , Km 506, Guaraniacu, PR

REFEICAO - ALMOCO C/BIFE (Código: 4) **Vi. Total**
Qtde.:1 UN: UNVI. Unit.: 50 **50,00**

Qtde. total de itens:	1
Valor a pagar R\$:	50,00
Forma de pagamento:	Valor pago R\$:
Dinheiro	50,00
Troco	NaN
Informação dos Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) R\$	16,05

Informações gerais da Nota

EMISSÃO NORMAL
Número: 68558 Série: 2 Emissão: 20/06/2024 12:39:54 - Via Consumidor
Protocolo de Autorização: 141240939110729 20/06/2024 12:39:54
Ambiente de Produção - Versão XML: 4.00 - Versão XSLT: 2.05

Chave de acesso
Consulte pela Chave de Acesso em: <http://www.fazenda.pr.gov.br/infce/consulta>

Chave de acesso:
4124 0623 3380 2200 0161 6500 2000 0685 5810 0683 7770

Consumidor
CPF: 078.125.649-67
Nome:

Informações de interesse do fisco
Valor aproximado tributos R\$16,05 (32,10%) Fonte: IBPT;; ;

Solís A. Tonello

CNPJ: 23.338.022/0001-61 J C Sverdovski & Cia. Ltda
Rod Br 277, S/n. 0 - Km 506
GUARANIACU, PR
Fone: (45)2034-9012

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD UN	VL.UNIT	VL.TOTAL
4	REFEICAO - ALMOCK	1 UN	50,00	50,00

Qtde Total de itens 1

Valor Produto R\$ 50,00

Valor a 50,00

FORMA DE PAGAMENTO VALOR PAGO R\$

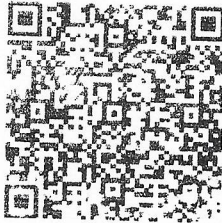
Dinheiro 50,00

Troco R\$ 0,00

Consulte pela chave de acesso em

<http://www.fazenda.pr.gov.br/nfce/consulta>

4124 0623 3380 2200 0161 6000 2000 0685 5810 0683 7770



CONSUMIDOR CPF: 078.125.649-67

NF-e nº 000.068.558 Série 002

20/06/2024 12:39:54 Via Consumid

141240939110729 20/06/2024 12:39

Valor aproximado tributos R\$16,05 (32,10%) Fonte: IBPT

JUNSOFT SISTEMAS - www.junsoft.com.br

Comprovante de Transação TED

Via Gerenciador CAIXA

Data Emissão: 20/08/2024 às 13:54:40

Dados do Pagador

Tipo de TED: Terceiros

Nome: PR 410445 FMS CT SUSCUSTEIOSUS

Conta Origem: 0932/006/00624073-5

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

CPF/CNPJ: 09.556.006/0001-14

Dados do Recebedor

Conta Destino: 748/0727/00000037281-1

Tipo Conta: 01 - Conta Corrente

Nome: FABIO ADRIEL VARELLA

Finalidade: 10 - Crédito em Conta

Histórico: TED

CPF/CNPJ: 078.125.649-67

Tipo Pessoa: Física

Valor: R\$ 200,01

Valor Tarifa: R\$ 12,00

Informações do Pagamento

Data do Débito: 20/08/2024

Data da Operação: 20/08/2024

Código da Operação: 00106386

Chave de Segurança: 47GCLESV20ZXMTSZ

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento, e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004-0104)

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492



Município de Cantagalo - PR

CNPJ: 78279981000145 IE:
 Endereço: Rua Cinderela, 379 CEP: 85160000 Cidade: Cantagalo
 Fone: 42 3636-1185 Fax: 42 3636-1478

NOTA DE PAGAMENTO (EM PREVISÃO)

Número _____ Data **25/08/2024** Previsão N° **7428** Liquidação N° **6407/2024** Empenho N° **6612/2024** Requisição N° _____

Licitação _____
 Tipo **Sem licitação** Número _____

Contrato/Aditivo _____
 Sequência _____ Contrato _____ Aditivo _____ Início da vigência _____ Fim da vigência _____ Fim da vig. atualizada _____ Início da execução _____ Fim da execução _____ Fim da exe. atualizada _____

Credor _____
 Fornecedor **FABIO ADRIEL VARELLA**

Endereço **LIN CAVACO, 0 - CASA** Matrícula **64223-1** CPF/CNPJ **078.125.649-67**
 Cidade/UF **Cantagalo/PR** CEP **85160-000** Fone **042991349425** Bairro **CAVACO**

Classificação da despesa _____
1963 06 SECRETARIA DE SAÚDE Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **727-7** Conta **37281-1**

06.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
10.301.0060.2029 MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
3.3.90.14.14.05 DESPESAS DE VIAGENS REALIZADAS EM REGIME DE RESSARCIMENTO - SERVIDORES

Outras informações _____ Valor **R\$ 50,00**

Retenções _____

270.01

Total de retenções **R\$ 0,00**

Valor líquido **R\$ 50,00**

Servidor que autorizou o pagamento _____
611344 - JOANI ALEXANDRE DE OLIVEIRA

Recursos _____ Documento _____ Data _____ Valor _____

Recebi do Município de Cantagalo, a importância de Cinquenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 6612/2024.

Assinatura: _____
 Cantagalo, ____/____/____

[Handwritten Signature]

JOAO KONJUNSKI
 PREFEITO MUNICIPAL

JOANI ALEXANDRE DE OLIVEIRA
 SECRETÁRIO DE SAÚDE