



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 **3317/2023** Tipo **Ordinário** Emitido em **03/05/2023** Requisição N° _____ Req. Compra N° _____

Licitação _____
Tipo _____ Número _____

Sem licitação

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

Credor _____

Fornecedor **OLIVINO PEREIRA DOS SANTOS** Matrícula **4029-1** CPF/CNPJ **853.292.829-34**

Endereço **RUA RIO DE JANEIRO, 890** Bairro **CACULA**

Cidade/UF **Cantagalo/PR** CEP **85160-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **001** Agência **4660-4** Conta **6757-1**

Classificação da despesa _____
06 SECRETARIA DE SAÚDE
06.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Saldo anterior R\$ 18.852,95**
10.301.0060.2036 MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **Valor empenhado R\$ 75,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2081 00343 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - 343 **Saldo atual R\$ 18.777,95**
De Exercícios Anteriores

Outras informações _____

Histórico _____

REFERENTE A 01 (UMA) DIÁRIA SEM PERNOITE CONFORME LEI MUNICIPAL N° 1206/2022 PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, EM VIAGEM A CIDADE DE CAMPO LARGO-PR NO DIA 03 DE MAIO DE 2023, VIAGEM ESSA AFINS DO TRANSPORTE DE PACIENTES DO MUNICÍPIO DE CANTAGALO-PR EM TRATAMENTOS MÉDICOS E DEVAIS A TIVIDADES QUE SE FIZEREM NECESSÁRIAS O TRANSPORTE, PELA SECRETARIA DE SAÚDE

JOAO KONJNSKI
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 **3241/2023** Emitido em **03/05/2023** Requisição Nº _____ Empenho Nº **3317/2023**

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

Credor _____
Fornecedor **OLIVINO PEREIRA DOS SANTOS** Matrícula **4029-1** CPF/CNPJ **853.292.829-34**
Endereço **RUA RIO DE JANEIRO, 890** Bairro **CACULA**
Cidade/UF **Cantagalo/PR** CEP **85160-000** Fone _____ Tipo de conta bancária Banco **Conta Corrente 001** Agência **4660-4** Conta **6757-1**

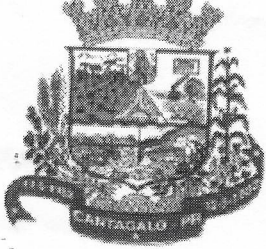
Classificação da despesa _____
06 SECRETARIA DE SAÚDE
06.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Saldo do empenho **R\$ 75,00**
10.301.0060.2036 MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE Valor liquidado **R\$ 75,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2081 00343 Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - 343 Saldo à Liquidar **R\$ 0,00**

Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções **R\$ 0,00**

Servidor que autorizou a liquidação _____
33591 - LUCAS DE ABREU Valor líquido **R\$ 75,00**

Histórico _____

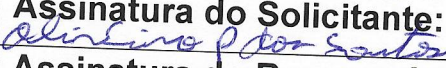
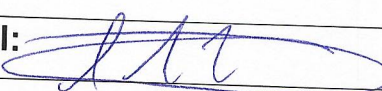


PREFEITURA MUNICIPAL DE
CANTAGALO

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

SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA

Solicitação nº 65		Ano: 2023	Data da solicitação: 03/05/2023
Solicito a Vossa Senhoria, conforme a Lei Municipal nº 1206/2022, diárias para despesas de viagem, conforme abaixo:			
Telefone para Contato: 42 9 9994 1424			
Nome do Solicitante: Olivino P. dos Santos			
Cargo, Função ou Emprego: Motorista		CPF: 853.292.829-34	
Dados do Destino/Evento: Campo Largo			
Solicitação:			
(01) Diária(s) para Café			
(01) Diária(s) para Almoço			
<input type="checkbox"/> Diária(s) para Janta			
<input type="checkbox"/> Diária(s) para Almoço/Janta			
<input type="checkbox"/> Diária(s) para Pernoite (Hotel)			
Finalidade/Justificativa: AFINS DO TRANSPORTE DE PACIENTES DO MUNICIPIO DE CANTAGALO – PR, JUNTO A CLINICAS, HOSPITAIS E DEMAIS ATIVIDADES QUE SE FIZER NECESSÁRIAS O TRANSPORTE PELA SECRETARIA DE SAÚDE.			
Veículo: Veículo da frota municipal de saúde.		Custo provável do veículo por viagem: R\$ 300,00 (trezentos reais)	
Valor: R\$ 75,00		Valor por Extenso: Setenta e cinco reais.	
Período da Utilização do Recurso: 03/05/2023			
Assinatura do Solicitante: 			
Assinatura do Responsável: 			
Conta para Depósito:			


OSVALDO OKONOSKI
Secretário de Finanças
de Cantagalo
Decreto 007/2021

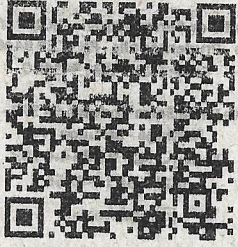
Oliverio P dos Santos

RESTAURANTE PE DA SERRA
RIVAIR MENDES DA SILVA & CIA LTDA -
CNPJ: 02.357.139/0001-12
REST. DE DA SERRA - ROD.BR.277 S/N
KM.309, 1, XAXIM, Prudentópolis, PR,
IE:9015305999 - Fone: (42) 3311-8480
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE
CONSUMIDOR ELETRONICA

CODIGO	DESCRICAO Q'DE UN VL UNIT VL TOTAL
90	CAFE 25,0000UN 1,000 25,00
QTD TOTAL DE ITENS 1	
VALOR TOTAL R\$ 25,00	
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
Dinheiro	25,00
Troco R\$	0,00

Consulte pela Chave de Acesso em:
<http://www.fazenda.pr.gov.br/nfce/consulta>
4123 0542 3571 3500 0112 6500 1000 0150 1610 1019 9204
CONSUMIDOR CNPJ: 09.556.008/0001-14 - Ins can
regalo

NFC-e nº 000019016 Série: 1 03/05/2023 03:50:01
Protocolo de Autorização: 141230626484805
Data de autorização: 03/05/2023 03:50:03



Forma de pagamento Pgto a vista c dinheiro C
odigo 20417 Estaca
o 138 www nox com br
Impostos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/12): R\$ 3,36

Oliverio P dos Santos

CONVENIENCIA PANORAMICO
CONVENIENCIA PANORAMICO LTDA
CNPJ:48.636.218/0001-63 IE:90974435-02
Alzino Carazzai, 4321
CEP: 85.050-450 - Guarapuava/PR
Fone: (42)3624-4687

DCTO AUXILIAR DA NFCe

Item	Código	Descrição	Q'de x Pço.Unit	Pço
001	0000000000	017 REFEICAO	UN	20,00
QTD TOTAL DE ITENS				1
VALOR TOTAL R\$				20,00
Dinheiro				20,00

Consulte pela Chave de Acesso em:
<http://www.fazenda.pr.gov.br>
4123 0548 6362 1800 0163 6500 1000 0044 1210 3111 3223
CONSUMIDOR: CPF:863.292.329-34



NFC-e nº 00004412 Série 001
Emissão: 03/05/2023 11:12:38
Protocolo Aut: 141230627614264
Autorizada Em: 03/05/2023 11:13:21

Imp. Aprox. (Lei Federal 12.741/2012) 4,20% R\$: 0,84
Alfa Automação Comercial Fone(42)3035-3661

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0932 / 006 / 00000979-9**Conta destino:** 0932 / 006 / 00000612-9**Nome destinatário:** PM DE CANTAGALO**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 75,00**Data de débito:** 04/05/2023**Data/hora da operação:** 04/05/2023 16:50:27**Código da operação:** 041650**Chave de segurança:** S2954TU1K79L4KNR**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

**2ª Via - Comprovante de remessa de Doc eletrônico**

Via Internet Banking CAIXA

Emitente: PM DE CANTAGALO**Conta origem:** 0932 | 006 | 00000612-9**Conta destino:** 4660-4 | 6757-1**Tipo:** DOC E**Banco:** 001-BANCO DO BRASIL S/A**Finalidade:** 01-Crédito em Conta Corrente**Nome destinatário:** OLIVINO PEREIRA DOS SANTOS**CPF/CNPJ destinatário:** 853.292.829-34**Valor a ser transferido:** R\$ 75,00**Tarifa de emissão de DOC:** R\$ 0,00**Valor total a ser debitado:** R\$ 75,00**Identificação da operação:** OLIVINO PEREIRA SANTOS**Data de débito:** 04/05/2023**Data/hora da operação:** 04/05/2023**Código da operação:** 00004212**Chave de segurança:** N6E3FLFC6L4A6ES8

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



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	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
	04/05/2023	3743	3241/2023	3317/2023	

Licitação
Tipo _____ Número _____

Sem licitação

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 **OLIVINO PEREIRA DOS SANTOS**

Endereço RUA RIO DE JANEIRO, 890

Cidade/UF Cantagalo/PR

Matricula 4029-1 CPF/CNPJ 853.292.829-34

Bairro CACULA

CEP 85160-000 Fone _____

Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 001 4660-4 6757-1

Classificação da despesa
2081 06 SECRETARIA DE SAÚDE
06.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
10.301.0060.2036 MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

Valor
R\$ 75,00

Outras informações _____

Retenções _____

Total de retenções
R\$ 0,00

Valor líquido
R\$ 75,00

Servidor que autorizou o pagamento
33591 - LUCAS DE ABREU

Recursos _____ **Documento** _____ **Data** _____ **Valor** _____

Recibo _____

Recebi do Município de Cantagalo, a importância de Setenta e Cinco Reais, referente ao pagamento do empenho número 3317/2023.

Assinatura: _____

Cantagalo, ____ / ____ / ____

JOAO KONJUNSKI
PREFEITO MUNICIPAL

LUCAS DE ABREU
SECRETÁRIO DE SAÚDE

OK