



Município de Santa Maria do Oeste - PR

CNPJ: 95684544000126 IE:
Endereço: Rua Jose de França Pereira, 10 - Bloco CEP: 85230000 Cidade: Santa Maria do Oeste
Fone: 042-99841-0499 Fax:

NOTA DE PAGAMENTO

Número	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
8035	21/10/2024	8041	7497/2024	5975/2024	

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 **EMERSON PADILHA** Matrícula 105084-2 CPF/CNPJ 044.957.829-16
Endereço RUA ROSA B GRANDE, SN - CASA Bairro SAO JOSE
Cidade/UF Santa Maria do Oeste/PR CEP 85230-000 Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa _____
3130 13 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
13.002 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
10.301.1001.2080 Atividades do Fundo Municipal de Saúde
3.3.90.93.02.03 DIESEL Valor R\$ 50,00

Outras informações _____
REEMBOLSO

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

Servidor que autorizou o pagamento _____
9996942 - OSCAR DELGADO

Recursos _____ **Documento** _____ **Data** _____ **Valor** _____
00000 - Recursos Ordinários (Livres) Conta bancária 7050120 - B.B. FPM - FUNDO DE 5438-0 18/10/2024 R\$ 50,00

Recibo _____
Recebi do Município de Santa Maria do Oeste, a importância de Cinquenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 5975/2024.

Assinatura: _____

Santa Maria do Oeste, ____/____/____

OSCAR DELGADO
PREFEITO MUNICIPAL



Município de Santa Maria do Oeste - PR

CNPJ: 95684544000126 IE:
Endereço: Rua Jose de França Pereira, 10 - Bloco CEP: 85230000 Cidade: Santa Maria do Oeste
Fone: 042-99841-0499 Fax:

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **7497/2024** Emitido em **21/10/2024** Requisição N° _____ Empenho N° **5975/2024**

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 **EMERSON PADILHA** Matrícula **105084-2** CPF/CNPJ **044.957.829-16**
Endereço **RUA ROSA B GRANDE, SN - CASA** Bairro **SAO JOSE**
Cidade/UF **Santa Maria do Oeste/PR** CEP **85230-000** Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa
13 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Saldo do empenho
13.002 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE R\$ 50,00
10.301.1001.2080 Atividades do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado
3.3.90.93.02.03 DIESEL R\$ 50,00
3130 00000 Recursos Ordinários (Livres) Saldo à Liquidar
R\$ 0,00

Outras informações
REEMBOLSO

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

Servidor que autorizou a liquidação
9996942 - OSCAR DELGADO

Vencimento da liquidação
20/11/2024

Histórico

OSCAR DELGADO
PREFEITO MUNICIPAL

Transferência entre contas diversas**Debitado**

Nome PREF MUN STA MARIA D.OEST
Agência 4757-0
Conta corrente 70501-2

Creditado

Nome EMERSON PADILHA *
Agência 4757-0
Conta corrente 5438-0
Valor 50,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JE686045 ADAO SANTANA DE LIMA	21/10/2024 16:30:38
	JE685983 OSCAR DELGADO	21/10/2024 16:47:40

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE685983 OSCAR DELGADO.



Município de Santa Maria do Oeste - PR

CNPJ: 95684544000126 IE:
Endereço: Rua Jose de França Pereira, 10 - Bloco CEP: 85230000 Cidade: Santa Maria do Oeste
Fone: 042-99841-0499 Fax:

NOTA DE EMPENHO

Numero: **5975/2024** Tipo: **Ordinário** Emitido em: **12/09/2024** Requisição Nº: _____ Req. Compra Nº: _____

Licitação: _____ Número: _____
Tipo: _____
Sem licitação

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

Credor: _____
Fornecedor: **EMERSON PADILHA** Matrícula: **105084-2** CPF/CNPJ: **044.957.829-16**
Endereço: **RUA ROSA B GRANDE, SN - CASA** Bairro: **SAO JOSE**
Cidade/UF: **Santa Maria do Oeste/PR** CEP: **85230-000** Fone: _____ Tipo de conta bancária: _____ Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

Classificação da despesa: _____
13 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Saldo anterior: R\$ 1.341,76
13.002 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE Valor empenhado: R\$ 50,00
10.301.1001.2080 Atividades do Fundo Municipal de Saúde Saldo atual: R\$ 1.291,76
3.3.90.93.02.03 DIESEL
3130 00000 Recursos Ordinários (Livres) De Exercícios Anteriores

Outras informações: _____
REEMBOLSO **70501-2**
Histórico: _____
REFERENTE A REEMBOLSO DE COMBUSTIVEL PARA MOTORISTA DA SECRETARIA DE SAUDE

OSCAR DELGADO
PREFEITO MUNICIPAL

ADAO SANTANA DE LIMA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE FINANÇAS

3130-70.502-2

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
FUNCIÓNÁRIO : EMERSON PADILHA	AGENCIA 4757-0
RG: 84380415	C/C: 5.438-0
CPF: 04495782916	BB

REEMBOLSO

DATA	MOTIVO	VALOR
18/09/2024	VIAGEM PARA LONDRINA	R\$ 50,00
	TOTAL	R\$ 50,00

SANTA MARIA DO OESTE 18 DE SETEMBRO DE 2024



EMERSON PADILHA
MOTORISTA

JOSE ALEXANDRE GONÇALVES

Secretário Municipal de Saúde de Santa Maria do Oeste

José Alexandre Gonçalves
Secretário Municipal de Saúde

José Alexandre Gonçalves
Secretário Municipal de Saúde

ICMS montadas sobre combustíveis cobrado em 2022 R\$ 9,28
 Valor do ICMS Montado Conforme Convenio 199/2022
 Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/12): R\$ 14,10

seqüencia: 1004372 Terminal: PDVZ Op: DANIELTE SILVA
 HUK C.O.E: 0
 Placa: SDM 3E17
 Trip aprex R\$: 4,50 Federal, 9,50 Estadual e 0,28
 Fonte IBPT 19CB11
 EBT/empresometre.com.br



RESUMO PAGAMENTO:
 - TER CREDITO: R\$ 50,00
 RESUMO TERF:
 - MASTERCARD CREDIT: R\$ 50,00

Consumidor CNPJ: 95.684.594/0001-26
 Data de autorização: 18/09/2024 16:50:19
 Protocolo de autorização: 14124142432131
 NFC-e nº: 000071836 Série: 2 18/09/2024 16:49:10

FORMA PAGAMENTO: Cartão de Crédito
 VALOR TOTAL R\$: 50,00
 QTD TOTAL DE ITENS: 1
 VALOR PAGO R\$: 50,00
 Troco R\$: 0,00

CONSULTAR PARA CHAVE DE ACESSO EM:
<http://www.fazenda.pr.gov.br/nfcee/consulta>
 4124 0932 2938 2000 0196 6500 2000 0718 3510 1004 3720

8,7260 1 5,730
 #013#880#TGS#EIRIS0171183##R5017192#
 QLDE UN AL UNIT
 AL 703780
 CODIGO DESCRICAO
 JOSE VERENKA EIRELI - CNPJ: 32.193.327/0001-95
 RODOVIA BR 466 KM 116 800, S N, OURS
 VEREA, VAIPORA, PR, IB: 9080070265 -
 Fone: (43) 3476-1277
 DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE
 CONSUMIDOR ELETRONICA





DIARIO DE BORDO Nº

MÊS: SETEMBRO ANO: 2024

ANO
Fabricação/Modelo:

PLACA: SDW 3F17

PATRIMÔNIO:

SEC: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

MODELO VAN	HORAS		HODÔMETRO		DESTINO	MOTORISTA E Nº	L.COMB
	SAIDA	CHEGADA	SAIDA	CHEGADA			
02/09	02:30	12:50	214831	215442	CONDREINB	Eugenio Bolha	63
03/09	02:30	16:59	215442	216036	CONDREINB	Hominy	54
04/09	02:30	13:00	216036	216640	CONDREINB	Eugenio Bolha	65
05/09	02:30	19:08	216640	217231	CONDREINB	Hominy	65
06/09	02:30	18:12	217231	217843	CONDREINB	Eugenio Bolha	69.1
09/09	02:30	17:12	217843	218444	CONDREINB	Eugenio Bolha	64.5
10/09	06:00	14:30	218444	218715	GOARARAUA	Eugenio Bolha	92.1
11/09	02:30	19:20	218715	219287	CONDREINB	Eugenio Bolha	33
12/09	06:00	18:20	219287	219520	GOARARAUA	Eugenio Bolha	33
13/09	02:30	19:10	219520	220162	CONDREINB	Eugenio Bolha	66
16/09	02:30	19:40	220162	220806	CONDREINB	Eugenio Bolha	73.8
17/09	02:30	19:40	220806	221415	CONDREINB	Hominy	23.1
18/09	02:30	18:25	221415	222016	CONDREINB	Eugenio Bolha	87 + 102.2
			222016				



Município de Santa Maria do Oeste - PR

CNPJ: 95684544000126 IE:
Endereço: Rua Jose de França Pereira, 10 - Bloco CEP: 85230000 Cidade: Santa Maria do Oeste
Fone: 042-99841-0499 Fax:

NOTA DE PAGAMENTO

Número	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
8034	21/10/2024	8040	6524/2024	5918/2024	

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

Credor _____
Fornecedor **DOMINGOS MELLO MACHADO** Matrícula 1382-0 CPF/CNPJ 353.020.549-49
Endereço RUA SETE DE SETEMBRO, SN - CASA Bairro CENTRO
Cidade/UF Santa Maria do Oeste/PR CEP 85230-000 Fone _____ Tipo de conta bancária Conta Corrente Banco Agência Conta 001 47570 23543-1

Classificação da despesa _____
3130 13 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
13.002 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
10.301.1001.2080 Atividades do Fundo Municipal de Saúde
3.3.90.93.02.03 DIESEL Valor R\$ 100,00

Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções R\$ 0,00
Valor líquido R\$ 100,00

Servidor que autorizou o pagamento _____
9996942 - OSCAR DELGADO

Recursos	Documento	Data	Valor
00000 - Recursos Ordinários (Livres)	Conta bancária 7050120 - B.B. FPM - FUNDO DE 23543-1	21/10/2024	R\$ 100,00

Recibo _____
Recebi do Município de Santa Maria do Oeste, a importância de Cem Reais, referente ao pagamento do empenho número 5918/2024.

Assinatura: _____

Santa Maria do Oeste, ____/____/____

OSCAR DELGADO
PREFEITO MUNICIPAL

Transferência entre contas diversas**Debitado**

Nome PREF MUN STA MARIA D.OEST
Agência 4757-0
Conta corrente 70501-2

Creditado

Nome DOMINGOS MELLO MACHADO
Agência 4757-0
Conta corrente 23543-1
Valor 100,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JE686045 ADAO SANTANA DE LIMA	21/10/2024 16:31:18
	JE685983 OSCAR DELGADO	21/10/2024 16:47:40

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE685983 OSCAR DELGADO.



Município de Santa Maria do Oeste - PR

CNPJ: 95684544000126 IE:
Endereço: Rua Jose de França Pereira, 10 - Bloco CEP: 85230000 Cidade: Santa Maria do Oeste
Fone: 042-99841-0499 Fax:

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **6524/2024** Emitido em **12/09/2024** Requisição Nº Emperho Nº
5918/2024

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 **DOMINGOS MELLO MACHADO** Matrícula **1382-0** CPF/CNPJ **353.020.549-49**
Endereço **RUA SETE DE SETEMBRO, SN - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Santa Maria do Oeste/PR** CEP **85230-000** Fone Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 001 47570 23543-1

Classificação da despesa 13 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Saldo do empenho **R\$ 100,00**
13.002 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE Valor liquidado **R\$ 100,00**
10.301.1001.2080 Atividades do Fundo Municipal de Saúde Saldo à Liquidar **R\$ 0,00**
3.3.90.93.02.03 DIESEL
3130 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Outras informações

70501-2

Retenções Total de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 100,00**

Servidor que autorizou a liquidação 9996942 - OSCAR DELGADO

Vencimento da liquidação 12/10/2024

Histórico

OSCAR DELGADO
PREFEITO MUNICIPAL



Município de Santa Maria do Oeste - PR

CNPJ: 95684544000126 IE:
Endereço: Rua Jose de França Pereira, 10 - Bloco CEP: 85230000 Cidade: Santa Maria do Oeste
Fone: 042-99841-0499 Fax:

NOTA DE EMPENHO

Número **5918/2024** Tipo **Ordinário** Emitido em **11/09/2024** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

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 **DOMINGOS MELLO MACHADO** Matrícula **1382-0** CPF/CNPJ **353.020.549-49**
Endereço **RUA SETE DE SETEMBRO, SN - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Santa Maria do Oeste/PR** CEP **85230-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **001** Agência **47570** Conta **23543-1**

Classificação da despesa _____
13 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Saldo anterior
13.002 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE R\$ 1.441,76
10.301.1001.2080 Atividades do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado
3.3.90.93.02.03 DIESEL **R\$ 100,00**
3130 00000 Recursos Ordinários (Livres) Saldo atual
De Exercícios Anteriores R\$ 1.341,76

Outras informações _____

Histórico _____
REFERENTE A REEMBOLSO DE COMBUSTIVEL PARA SERVIDOR DA SECRETARIA DE SAUDE

OSCAR DELGADO
PREFEITO MUNICIPAL

ADAO SANTANA DE LIMA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE FINANÇAS

3130 - 70.501-2

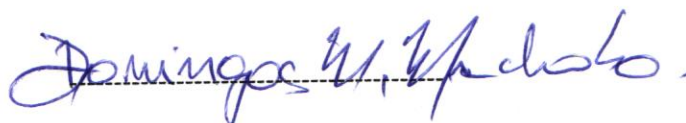
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FUNCIONÁRIO : DOMINGOS MELLO MACHADO	AGENCIA 4757-0
RG: 2.264 537	C/ CORRENTE 23.543-1
CPF: 353.020.549-49	BANCO DO BRASIL

REEMBOLSO

DATA	DESTINO	VALOR
13/09/2024	VIAGEM DE CURITIBA COM A AMBULANCIA SEK 9J15	100,00
	TOTAL	R\$ 100,00

SANTA MARIA DO OESTE 16 DE SETEMBRO DE 2024



DOMINGOS MELLO MACHADO
MOTORISTA

JOSE ALEXANDRE GONÇALVES

Secretário Municipal de Saúde de Santa Maria do Oeste

COMERCIO DE COMBUSTIVEIS GUARA LTDA CNPJ:06.336.592/0001-01
RODOVIA BR 277, SN, INTERIOR, GUARAPUAVA, PR
Fone (042) 3849-1125
Documento Aux. da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Código	Descrição	Qtde	UN	VI Unit	Total
320101034	DIESEL B S-10 ORIGINAL	17,272	L	5,79	100,00
Qtde. total de itens					1
Subtotal R\$					100,00
Valor Total R\$					100,00
FORMA DE PAGAMENTO					VALOR PAGO (R\$)
DEF VISA					100,00
Troco R\$					0,00

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.fazenda.pr.gov.br/nfce/consulta>
41240906336592000101850010010917871006432743

CONSUMIDOR- 95.684.544/0001-26- MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO
DESTE- RUA JOSE DE FRANÇA PEREIRA, SN, CENTRO, CEP 85.230-000,
SANTAMARIA DO DESTE - PR

NFC-e nº: 001091787 Série: 001 Emissão: 13/09/2024 13:04
Prot. de Autorização: 141241414478497 13/09/2024 13:04:19



Tributos aproximados: Federal R\$ 9,00 (9,00%) / Estadual R\$ 19,20
(19,20%) / Municipal R\$ 0,00 (0,00%) - Fonte: IBPT - PR 244637
ICMS monofásico sobre combustíveis cobrado anteriormente conforme
Convenio ICMS 199/2022.

PLACA: SEK4J15 KH: 37761 VENDEDOR: LUIS EZEQUIEL SCHWABERT DDS
SANTOS

nBico: 4 nBomba: 4 nTanque: 406 vEncIni: 1788489,367 vEncFin:
1788506,639

www.linx.com.br

Documento emitido por AutoSystem





Município de Santa Maria do Oeste - PR

CNPJ: 95684544000126 IE:
Endereço: Rua Jose de França Pereira, 10 - Bloco CEP: 85230000 Cidade: Santa Maria do Oeste
Fone: 042-99841-0499 Fax:

NOTA DE PAGAMENTO

Número	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
8033	21/10/2024	8039	7129/2024	6389/2024	

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 _____ Matrícula _____ CPF/CNPJ _____

HELIO BOIKO 427-8 836.713.319-68
Endereço: RUA FRANCISCO GOMES DA COSTA, SN - CASA Barro: SAO JOSE

Cidade/UF: Santa Maria do Oeste/PR CEP: 85230-000 Fone: _____ Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 001 Agência: 47570 Conta: 5315-5

Classificação da despesa _____
3130 13 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
13.002 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
10.301.1001.2080 Atividades do Fundo Municipal de Saúde
3.3.90.93.02.02 GASOLINA **Valor R\$ 50,00**

Outras informações _____

Retenções _____

Total de retenções R\$ 0,00

Valor líquido R\$ 50,00

Servidor que autorizou o pagamento _____
9996942 - OSCAR DELGADO

Recursos _____ **Documento** _____ **Data** _____ **Valor** _____
00000 - Recursos Ordinários (Livres) Conta bancária 7050120 - B.B. FPM - FUNDO DE 5315-5 21/10/2024 R\$ 50,00

Recibo _____
Recebi do Município de Santa Maria do Oeste, a importância de Cinqüenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 6389/2024.

Assinatura: _____

Santa Maria do Oeste, ____/____/____

OSCAR DELGADO
PREFEITO MUNICIPAL

Transferência entre contas diversas**Debitado**

Nome PREF MUN STA MARIA D.OEST
Agência 4757-0
Conta corrente 70501-2

Creditado

Nome HELIO BOIKO
Agência 4757-0
Conta corrente 5315-5
Valor 50,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JE686045 ADAO SANTANA DE LIMA	21/10/2024 16:30:10
	JE685983 OSCAR DELGADO	21/10/2024 16:47:40

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE685983 OSCAR DELGADO.



Município de Santa Maria do Oeste - PR

CNPJ: 95684544000126 IE:
Endereço: Rua Jose de França Pereira, 10 - Bloco CEP: 85230000 Cidade: Santa Maria do Oeste
Fone: 042-99841-0499 Fax:

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **7129/2024** Emitido em **30/09/2024** Requisição Nº _____ Empenho Nº **6389/2024**

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 **HELIO BOIKO** Matrícula **427-8** CPF/CNPJ **836.713.319-68**
Endereço **RUA FRANCISCO GOMES DA COSTA, SN - CASA** Bairro **SAO JOSE**
Cidade/UF **Santa Maria do Oeste/PR** CEP **85230-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **001** Agência **47570** Conta **5315-5**

Classificação da despesa _____
13 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Saldo do empenho
13.002 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE R\$ 50,00
10.301.1001.2080 Atividades do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado
3.3.90.93.02.02 GASOLINA R\$ 50,00
3130 00000 Recursos Ordinários (Livres) Saldo a Liquidar
R\$ 0,00

Outras informações _____

Retenções _____
70501-2
Total de retenções
R\$ 0,00
Valor líquido
R\$ 50,00

Servidor que autorizou a liquidação _____
9996942 - OSCAR DELGADO

Vencimento da liquidação _____
30/10/2024

Histórico _____

OSCAR DELGADO
PREFEITO MUNICIPAL



Município de Santa Maria do Oeste - PR

CNPJ: 95684544000126 IE:
Endereço: Rua Jose de França Pereira, 10 - Bloco CEP: 85230000 Cidade: Santa Maria do Oeste
Fone: 042-99841-0499 Fax:

NOTA DE EMPENHO

Número: **6389/2024** Tipo: **Ordinário** Emitido em: **26/09/2024** Requisição Nº: _____ Req. Compra Nº: _____

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: **HELIO BOIKO** Matrícula: **427-8** CPF/CNPJ: **836.713.319-68**

Endereço: **RUA FRANCISCO GOMES DA COSTA, SN - CASA** Bairro: **SAO JOSE**

Cidade/UF: **Santa Maria do Oeste/PR** CEP: **85230-000** Fone: _____ Tipo de conta bancária: **Conta Corrente** Banco: **001** Agência: **47570** Conta: **5315-5**

Classificação da despesa: _____

13 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Saldo anterior

13.002 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE R\$ 991,76

10.301.1001.2080 Atividades do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado

3.3.90.93.02.02 GASOLINA **R\$ 50,00**

3130 00000 Recursos Ordinários (Livres) Saldo atual

De Exercícios Anteriores R\$ 941,76

Outras informações: _____

Histórico: _____

REFERENTE A REEMBOSO DE COOMBUSTIVEL PARA MOTORISTA DA SECRETARIA DE SAUDE

OSCAR DELGADO
PREFEITO MUNICIPAL

ADAO SANTANA DE LIMA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE FINANÇAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FUNCIONÁRIO : HELIO BOIKO

AGENCIA 4757-0

RG:6446400-0

C/C: 5.315-5

CPF: 836713319-68

BB

REEMBOLSO

DATA	DESTINO	VALOR
19/09/2024	VIAGEM PARA LONDRINA, ONDE A PONTE ESTAVA INTERDITADA E TEVE QUE FAZER UM DESVIO	50,00
	TOTAL	R\$ 50,00

SANTA MARIA DO OESTE 19 DE SETEMBRO DE 2024

Helio Boiko

HELIO BOIKO

MOTORISTA

JOSE ALEXANDRE GONÇALVES

Secretário Municipal de Saúde de Santa Maria do Oeste

José Alexandre Gonçalves
Secretário Municipal de Saúde

www.tribunaltrf17.com.br
REDE MACEDO
 DE POSIÇÃO

Tributação Total Incidentes (Iml Federal) 12/241/12: R\$ 17,20
 Valor do ICMS Monofásico Conforme Convenio 15/2
 ICMS monofásico sobre combustíveis cobrado anteriormente conforme Convenio(s) ICMS 15/2023
 IBPT/empresometro.com.br
 Fonte IBPT 19CB11

023 R\$ 11,85
 Trip aprox R\$: 5,75 Federal, 11,45 Estadual e 0,00 Municipal
 Placa: BCU 7D66 km: 558919
 PREFEITURA MUNICIPAL SANTA MARIA DO OESTE
 3119 E: 1429
 Sequencia: 838881 Terminal: CAIXA OP. LETICIA 3 C



Data de autorização: 19/09/2024 14:42:26
 Protocolo de Autorização: 141241446969377
 NFC-e nº: 000495388 Série: 1 19/09/2024 14:42:24

PR
 PEREIRA, IO - CENTRO - SANTA MARIA DO OESTE -
 IO DE SANTA MARIA DO OESTE - R JOSE DE FRANCA
 CONSUMIDOR CNPJ: 95.684.544/0001-26 - MUNICIP
 4124 0976 2840 5800 0176 6500 1060 4953 8810 0838 8810
<http://www.fazenda.pr.gov.br/nfce/consulta>
 Consulte pela Chave de Acesso em:

CODIGO	QTD	VALOR TOTAL DE ITENS	FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$	Traco R\$
1	1	50,00	Dinheiro	50,00	0,00
		50,00			
		50,00			

DESCRICAÇÃO
 UN VL UNIT
 G1DE
 #ECL#E81#7J1#E11451599#E21481608#
 GASOLINA C COMUM (P:1)
 8,6360 L 5,790
 POSTO TREVO
 POSTO TREVO COMBUSTIVEIS LTDA
 - CNPJ: 76.284.058/0001-76
 RODOVIA PRT 466 KM 155, S N, ZONA
 RURAL, JARDIM ALEGRE, PR,
 IE: 6490053709 - Fone: (43) 3472-4166
 DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE
 CONSUMIDOR ELETRÔNICA

VL TOTAL
 50,00

