# REQUERIMENTO RESSARCIMENTO DESPESAS

| | |
|---|---|
| **Eu** | **JOSEVAN MIKAEL GANDA DE FARIAS** |
| **CPF** | **062.643.469-69** |
| **CARGO** | **MOTORISTA** |
| **Lotado no Departamento** | **SAÚDE** |

Venho **REQUERER Ressarcimento e Indenização** que preceitua a lei nº 111/92 Estatuto dos Servidores Públicos artigos 61 e 65.

**Descrição Abaixo:**

| | |
|---|---|
| Data | 25/06/2026 |

| | |
|---|---|
| Motivação | REFERENTE A CONSULTA COM VASCVULAR + ECO DOPPLER MEMBRO INFERIOR DIREITO.<br><br>SEGUE NOTA FISCAL EM ANEXO. |

| | |
|---|---|
| Conta Corrente / Agencia | **PIX 43988272034** |

**Obs.:** Digitalizar este Requerimento assinado e os comprovantes das despesas realizadas e enviar para **email: contabil@conselheiromairinck.pr.gov.br**

**Conselheiro Mairinck, 26 de Junho de 2026.**

**Ass. Requerente**

# DIÁRIO OFICIAL

DO MUNICÍPIO DE CONSELHEIRO MAIRINCK

EM CONFORMIDADE COM A LEI MUNICIPAL Nº 625/2017





MUNICÍPIO DE

**CONSELHEIRO MAIRINCK**

ESTADO DO PARANÁ

**PAÇO MUNICIPAL JOSÉ DA SILVA "DEDI"**

Praça Otacílio Ferreira, nº82 – Telefone: 043 3561-1221

CNPJ: 75.968.412/0001-19

E-mail: prefeitura@conselheiromairinck.pr.gov.br

Site: www.conselheiromairinck.pr.gov.br


## DECRETO nº 045/2026

**EMENTA:** Dispõe sobre o procedimento para realização de aquisições e/ou prestações de serviços de pronto pagamento, mediante contratação verbal, nos termos do § 2º, do artigo 95, da Lei Federal nº 14.133/2021, no âmbito do Município de Conselheiro Mairinck- PR.

O Prefeito Municipal de Conselheiro Mairinck/PR, usando de competência privativa que lhe confere a Lei Orgânica do Município, e

CONSIDERANDO a Recomendação/Instrução do TCE/PR; CONSIDERANDO que a Lei Federal nº 14.133 de 01 de abril de 2021 está em pleno vigor; CONSIDERANDO que o § 2º, do art. 95 da citada Lei admite o contrato verbal para pequenas compras ou serviços de pronto pagamento, desde que respeitados os limites de valor atualizados por Decreto Federal;

**DECRETA:**

**Art. 1º** Este Decreto dispõe sobre o procedimento para pequenas compras e prestação de serviços de pronto pagamento pela Lei Federal nº 14.133/2021, no âmbito do Município de Conselheiro Mairinck.

**Art. 2º** O valor das pequenas compras e a prestação de serviços de pronto pagamento será reajustado/atualizado em consonância com as correções da Lei Federal nº 14.133/2021. **Parágrafo único:** O valor máximo estipulado deve ser observado em relação ao **Orçamento Geral do Município** e não de modo individualizado por cada um dos Departamentos.

**Art. 3º** O procedimento será restrito às hipóteses de essencialidade, necessidade de pronta resposta e baixo valor, onde o processo regular de licitação seja inviável por urgência ou custos burocráticos, abrangendo:

- I - Continuidade do serviço público e atividades subsidiárias;
- II - Taxas, custas judiciais, emolumentos e publicações;
- III - Inscrições em cursos e treinamentos de interesse municipal;
- IV - Serviços gráficos, chaves, carimbos e emplacamento;
- V – Certificado digital;
- VI - Material ou serviço inexistente em almoxarifado, desde que justificado e inexistência de licitação ou contrato vigente;
- VII - Manutenção emergencial de veículos;
- VIII - Manutenção não programada para continuidade de serviços públicos;
- IX - Outras despesas urgentes precedidas de autorização.




**Prefeitura Municipal de Conselheiro Mairinck**
Praça Otacilio Ferreira, nº82 - Centro - CEP 86480-000
Telefone (43) 3561-1221 E-mail: diario@conselheiromairinck.pr.gov.br

# DIÁRIO OFICIAL

DO MUNICÍPIO DE CONSELHEIRO MAIRINCK

EM CONFORMIDADE COM A LEI MUNICIPAL Nº 625/2017

ANO 2026 | EDIÇÃO Nº 2143 | CONSELHEIRO MAIRINCK, TERÇA-FEIRA, 26 DE MAIO DE 2026 | PÁGINA 03



MUNICÍPIO DE

**CONSELHEIRO MAIRINCK**

ESTADO DO PARANÁ

**PAÇO MUNICIPAL JOSÉ DA SILVA "DEDI"**

Praça Otacílio Ferreira, nº82 – Telefone: 043 3561-1221

CNPJ: 75.968.412/0001-19

E-mail: prefeitura@conselheiromairinck.pr.gov.br

Site: www.conselheiromairinck.pr.gov.br


**Art. 4º** O procedimento de formalização ocorrerá da seguinte forma:

- I - **Documento de formalização da demanda:** assinado pelo Diretor do Departamento, com justificativa detalhada da necessidade e da **vantajosidade** (demonstrando que o custo do processo licitatório superaria o benefício da compra), valor estimado e demonstração de preços compatíveis com o mercado (Art. 23 da Lei 14.133/2021);
- II - **Habilitação do fornecedor:** cotações de preços, prova de inscrição no CPF/CNPJ, regularidade com as Fazendas Federal, Estadual e Municipal, regularidade com Seguridade Social (INSS), FGTS e Justiça do Trabalho, além de declaração de cumprimento ao Art. 7º, XXXIII da CF.

**Art. 5º** A realização da compra direta de que trata este Decreto somente poderá ser realizada mediante o cumprimento cumulativo dos seguintes requisitos de controle:

- I - Declaração do Setor de Licitação informando que não existe processo licitatório em aberto ou contrato vigente para o objeto ou serviço em questão;
- II - Declaração do Setor de Contabilidade informando que a contratação não ultrapassa o limite vigente permitido por elemento de despesa, observado o somatório global do Município;
- III - Autorização oficial e expressa do Prefeito Municipal.

**Art. 6º** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições contrárias.

Conselheiro Mairinck, 26 de maio de 2026.

JOSELEI APARECIDO DE CARVALHO:75948478904

Assinado de forma digital por JOSELEI APARECIDO DE CARVALHO:75948478904
Dados: 2026.05.26 10:22:00 -03'00'

**Joselei Aparecido de Carvalho**
Prefeito Municipal

# Comprovante de Pagamento Pix

Sicredi

## Valor: R$ 550,00

Realizado em: 25/06/2026 - 16:41:14

Solicitante: JOSEVAN MIKAEL GANDA DE FARIAS

Cooperativa e conta origem: 0720/80799-3

Nome do destinatário: ANGIOLIFE CLINICA LTDA

CNPJ do destinatário: 18.256.340/0001-43

Instituição do destinatário: SISPRIME DO BRASIL - COOP

Agência e conta do destinatário: 5 / 88470-7

Nome do pagador: Josevan Mikael Ganda De Farias

CPF do pagador: ***.643.469-**

Instituição do pagador: BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

ID da transação: E79063574202606251940 53ek2uQ4yms

Dados gerais:

Autenticação Eletrônica: E790.6357.4202.6062.5194.053e.k2uQ.4yms

Número de Controle: 14383395011

Emitido em: 01/07/2026 - 11:02:45

* A transação acima foi realizada no nosso Aplicativo Sicredi conforme as condições especificadas neste comprovante.
* Os dados digitados são de responsabilidade do usuário.

Serviços por telefone 3003 4770 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 724 4770 (Demais Regiões)
SAC 0800 724 7220 / Ouvidoria 0800 646 25 19

# DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**ANGIOLIFE CLINICA LTDA**
RUA MARECHAL FLORIANO, 215
CEP: 86400-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jacarezinho - PR
E-mail: alphajacarezinho@gmail.com
Fone: (43) 3525-5010

| CNPJ / CPF | Inscrição Estadual | Inscrição Municipal |
|---|---|---|
| 18.256.340/0001-43 | **** | 1131600 |

| Número da NFS-e | Série da NFS-e | Data do Serviço | Código Verificador |
|---|---|---|---|
| 188 | NACIONAL | 25/06/2026 | c457abe4e |

**MUNICIPIO DE JACAREZINHO/PR**
**Secretaria Municipal de Finanças**
Fone: (43) 3911-3008 - https://webapp1-jacarezinho.cidade360.cloud/nfse.portal

| Dt. de Emissão | Exigibilidade ISS | Município de Prestação Serviço | Tributado no Município |
|---|---|---|---|
| 25/06/2026 | Exigível | Jacarezinho/PR | Jacarezinho/PR |

| Chave de Acesso da NFS-e | Número DPS | Série DPS | Data e hora de Emissão da DPS |
|---|---|---|---|
| 11180312182563400001430000000000188260694220233371 | 188 | 49999 | 25/06/2026 16:52:18 |

## TOMADOR DO SERVIÇO

| Nome / Razão Social | CNPJ / CPF |
|---|---|
| Fundo Municipal de Saúde de Conselheiro Mairink | 77.732.584/0001-14 |

| Endereço | Inscrição Municipal | Inscrição Estadual |
|---|---|---|
| Sete de Setembro,1012 | | |

| Cidade | UF | Bairro | CEP | E-mail | Fone |
|---|---|---|---|---|---|
| Conselheiro Mairinck | PR | Centro | 86480-000 | ***** | (43) 3561-1221 |

## INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO

| Nome / Razão Social | CNPJ / CPF | Inscrição Municipal | E-mail | Fone |
|---|---|---|---|---|
| **** | ***** | ***** | ***** | ***** |

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR TOTAL | ALIQ. ISSQN | VALOR ISSQN | RETIDO |
|---|---|---|---|---|
| Referente a uma Consulta Com Vascular.....300,00 + Eco Doppler Membro Inferior Direito.....250,00 de: Luzia Pereira Gandra | 550,00 | 3,00 | 16,50 | Não |
| | ALIQ. CBS | VALOR CBS | ALIQ. IBS EST. | VALOR IBS EST. |
| | 0,36 | 1,92 | 0,04 | 0,21 |

Nivaldo Ribeiro da Silva
Diretor Depto. Mun. de Saúde
Decreto Nº 20/26
25.06.26

| Código do Serviço | Código NBS | Indicador de Operações | Classificação Tributária |
|---|---|---|---|
| 04.01 - Medicina e biomedicina. | 123012200 | 030101 | 200029 |

| Código de Tributação Nacional | Código de Tributação Municipal |
|---|---|
| 04.01.01 - Medicina. | 401 - Medicina e biomedicina |

| CIDE | COFINS Importação | ICMS | IOF | IPI | PIS/PASEP Importação | CST – Situação Tributária PIS/COFINS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0 - Nenhum |

| Descrição Contrib. Sociais – Retidas | Contribuições Sociais – Retidas | Base Cálculo PIS/COFINS | PIS Alíquota | PIS – Apuração Própria | COFINS Alíquota | COFINS – Apuração Própria |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 - PIS/COFINS/CSLL Retidos | 28,57 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| Base Cálculo ISSQN Próprio | Valor do ISSQN Próprio | Base Cálculo ISSQN Retido | Valor do ISSQN Retido | Valor Total do ISSQN | Valor Dedução/Descontos |
|---|---|---|---|---|---|
| 550,00 | 16,50 | 0,00 | 0,00 | 16,50 | 0,00 |

| Valor do CBS | Valor do IBS Estadual | Valor total IBS CBS | |
|---|---|---|---|
| 1,92 | 0,21 | **Valor total IBS CBS** | 2,13 |

| Valor Total da NFS-e | 550,00 | Valor Líquido da NFS-e | 514,83 |
|---|---|---|---|

Informações Adicionais

IBS e CBS calculados com aplicação de redução de alíquota, conforme classificação tributária informada (CST e cClassTrib).
Lei 12741/2012: Mun: R$22,00; Est: R$0,00; Fed: R$73,98; Total Aprox: R$95,98. Fonte: IBPT.
IR Retido: R$6,60
Campos identificados com **** referem-se a informações de IBS e CBS de preenchimento opcional pelo contribuinte, não informadas na emissão da NFS-e.

188c457abe4e18256340000143

| Recebi(emos) de ANGIOLIFE CLINICA LTDA os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado. | Número da NFS-e: 188<br>Competência: 25/06/2026<br>NFS-e: c457abe4e | Número de Controle do Município |
|---|---|---|
| ___/___/____ Data _____ Identificação e assinatura do recebedor | | |

Consulta realizada em 25/06/2026 às 16:52:21.

urgente

SUS

ESTADO DO PARANÁ
**Secretaria de Estado da Saúde**
Instituto de Saúde do Paraná

**REQUISIÇÃO DE EXAMES**

| NOME: Luzia Pereira Gonda | | | | | | PRONTÚARIO N° | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDADE | SEXO | COR | PESO | ALTURA | CLÍNICA | ENFERMARIA | LEITO |
| | | | | | | | |

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

US doppler MIE

Dra. Idulia Honda
Médica
CRM-PR 62707

DATA 23/06/25

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

# Emissão de comprovantes

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/07/2026 -     AUTOATENDIMENTO      - 10.56.25
0602500602                                  0001
               Comprovante Pix

CLIENTE: MOVIMENTO  SAUDE - LIVRE
AGENCIA: 0602-5 CONTA:        27.737-1
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:             E00000000202607031708478444411156
CNPJ DO PAGADOR:              77.732.584/0001-14
VALOR:                                R$550,00
TARIFA:                                 R$5,44
DATA:                      03/07/2026 - 14:10:22
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Josevan M G Farias
CPF:  ***.643.469-**
CHAVE PIX: +5543988272034
INSTITUICAO: 79063574 COOP SICREDI NORTE SUL
AGENCIA: 0720 - CONTA: 00000000000000807993
TIPO DE CONTA: Conta Corrente
------------------------------------------------
 Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
 com valor máximo de R$10,00. O valor definitivo
       poderá ser consultado no BBDPJ.
------------------------------------------------
Notificacao enviada em: 03/07/2026 - 14:10:23
================================================
DOCUMENTO: 070309
AUTENTICACAO SISBB:        F.52E.BC3.A47.317.EF7
================================================
Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes   nao   solucionadas   nos   canais
habituais   agencia,   SAC   e   Demais   canais   de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.
```