GOVERNO

Emissão de comprovantes

G3362407450564501
24/07/2026 07:53:17

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
24/07/2026 -      AUTOATENDIMENTO       - 07.53.17
0602500602                                    0001
                Comprovante Pix

CLIENTE: MOVIMENTO  SAUDE - LIVRE
AGENCIA: 0602-5 CONTA:          27.737-1
================================================
SOBRE A TRANSACAO
------------------------------------------------
ID:              E00000000202607241049459509101 33
CNPJ DO PAGADOR:                77.732.584/0001-14
VALOR:                                  R$140,00
TARIFA:                                   R$1,38
DATA:                       24/07/2026 - 07:52:44
------------------------------------------------
PAGO PARA:  Nivaldo R Silva
CPF:  ***.222.259-**
CHAVE PIX: 61022225987
INSTITUICAO: 60746948 BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0969 - CONTA: 00000000000006122612
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: 24/07/2026 - 07:52:45
================================================
DOCUMENTO: 072401
AUTENTICACAO SISBB:          4.BD1.CBA.69C.29E.079
================================================
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.
```

Nº PREVISÃO

4386

Transação efetuada com sucesso por: JI596831 JOSELEI APARECIDO DE CARVALHO.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CONSELHEIRO MAIRINCK - PR

CNPJ: 77732584000114 IE: Isenta
Endereço: Rua 7 de Setembro, 1012 - PREDIO CEP: 86480000 Cidade: Conselheiro Mairinck
Fone: 43-3561-1294 Fax:

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número	Emitido em	Requisição Nº	Empenho Nº
3972/2026	03/07/2026		4029/2026

Licitação

Tipo	Número
Sem licitação	

Nº PREVISÃO - ~~1179~~

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
NIVALDO RIBEIRO DA SILVA	1151226-7	610.222.259-87

Endereço	Bairro
RUA BRASIL, 123	CENTRO

Cidade/UF	CEP	Fone	Tipo de conta bancária	Banco	Agência	Conta
Conselheiro Mairinck/PR	86480-000					

Classificação da despesa

04 SECRETARIA DE SAÚDE
04.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
10.301.0004.2019 MANUTENÇÃO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
3.3.90.93.08.00 RESSARCIMENTO ASSISTÊNCIA MÉDICA/ODONTOLÓGICA
1100 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Saldo do empenho	Valor liquidado	Saldo à Liquidar
R$ 140,00	**R$ 140,00**	R$ 0,00

Outras informações

Retenções

Total de retenções	Valor liquido
R$ 0,00	**R$ 140,00**

Servidor que autorizou a liquidação
6451 - NIVALDO RIBEIRO DA SILVA

Vencimento da liquidação
02/08/2026

Histórico
Importe de despesas referente ressarcimento de despesas de servidor do Dep. de Saude.
Objetivo: viagem para levar paciente para consulta fora do Municipio.
Servidor: Nivaldo Ribeiro da Silva - Diretor Dep. de Saude - CPF: 610.222.259-87
Veiculo:
Motorista: Nivaldo
Cidade: Santo Antonio da Platina.

Documento assinado eletronicamente por NIVALDO RIBEIRO DA SILVA, SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, em 20/07/2026, às 08:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento legal no(a) Decreto 31/2025 de 15/1/2025, publicado edicao 1820, conf Lei 625/2017.

Documento assinado eletronicamente por JOSELEI APARECIDO DE CARVALHO, PREFEITO MUNICIPAL, em 20/07/2026, às 09:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento legal no(a) Decreto 31/2025 de 15/1/2025, publicado edicao 1820, conf Lei 625/2017.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CONSELHEIRO MAIRINCK - PR

CNPJ: 77732584000114 IE: Isenta
Endereço: Rua 7 de Setembro, 1012 - PREDIO CEP: 86480000 Cidade: Conselheiro Mairinck
Fone: 43-3561-1294 Fax:

NOTA DE EMPENHO

Número	Tipo	Emitido em	Requisição Nº	Req. Compra Nº
4029/2026	Ordinário	03/07/2026		

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: **NIVALDO RIBEIRO DA SILVA**
Matrícula: 1151226-7
CPF/CNPJ: 610.222.259-87
Endereço: RUA BRASIL, 123
Bairro: CENTRO
Cidade/UF: Conselheiro Mairinck/PR
CEP: 86480-000
Fone:
Tipo de conta bancária:
Banco:
Agência:
Conta:

Classificação da despesa

04 SECRETARIA DE SAÚDE
04.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
10.301.0004.2019 MANUTENÇÃO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
3.3.90.93.08.00 RESSARCIMENTO ASSISTÊNCIA MÉDICA/ODONTOLÓGICA
1100 00000 Recursos Ordinários (Livres)
Do Exercício

Saldo anterior: R$ 127.455,60
Valor empenhado: **R$ 140,00**
Saldo atual: R$ 127.315,60

Outras informações

Histórico

Importe de despesas referente ressarcimento de despesas de servidor do Dep. de Saude.
Objetivo: viagem para levar paciente para consulta fora do Municipio.
Servidor: Nivaldo Ribeiro da Silva - Diretor Dep. de Saude - CPF: 610.222.259-87
Veiculo:
Motorista: Nivaldo
Cidade: Santo Antonio da Platina.

Documento assinado eletronicamente por ADALBERTO VEIGA FERREIRA, Emissor, em 17/07/2026, às 13:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento legal no(a) Decreto 31/2025 de 15/1/2025, publicado edicao 1820, conf Lei 625/2017.

Documento assinado eletronicamente por NIVALDO RIBEIRO DA SILVA, SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, em 20/07/2026, às 08:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento legal no(a) Decreto 31/2025 de 15/1/2025, publicado edicao 1820, conf Lei 625/2017.

Equipara

REQUERIMENTO RESSARCIMENTO DESPESAS

Eu	**NIVALDO RIBEIRO DA SILVA**
CPF	**610.222.259-87**
CARGO	**DIRETOR DO DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE**
Lotado no Departamento	**SAÚDE**

EMPENHO

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

Descrição Abaixo:

Data Deslocamento	23/06/2026

Motivação	02 SESSÕES DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA INFANTIL

Conta Corrente / Agencia	**PIX 61022225987**

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

Conselheiro Mairinck, 03 de Julho de 2026.

Ass. Requerente

Ressarcimento de Combustível.doc

4029
3972

KNF CLINICA DE FISIOTERAPIA LTDA
CNPJ: 12.099.059/0001-68
CEL. JOAQUIM RODRIGUES DO PRADO - SALA 01, 547
CEP: 86.430-000 - Bairro: CENTRO
Município: SANTO ANTÔNIO DA PLATINA - PARANÁ
Telefone: (43) 3534-3905 - Celular: (43) 99651-1211
Email: fisioterapiadrakeisa@hotmail.com
Insc. Municipal: 5413245 **Insc. Estadual:**

Número da NFS-e	Situação	Tipo
263	**Emitida**	**Preenchido**

Autenticidade

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série NFS-e

ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DA PLATINA
Secretaria Municipal da Fazenda

Identificador
7859 2306 2617 3445 4001 2099 0592 0260 6739 7055

Chave de Acesso NFS-e Nacional
41241031212099059000168000000000026326060000000012

Data Fato Gerador	Data/Hora Emissão
23/06/2026	**23/06/2026 17:34**

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome/Razão Social		CPF/CNPJ
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CONSELHEIRO MAIRINCK		77.732.584/0001-14
Endereço	**Número**	**Complemento**
RUA MANOELITO BRITO DA SILVA		NÃO INFORMADO
Bairro	**CEP**	**Cidade - Estado**
CENTRO	86480000	Conselheiro Mairinck - PR

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Serviço	Local Prestação	Alíquota	Situação Trib.	Valor Serviço	Desc. Incondic.	Valor Dedução	Valor ISS
40802	7859	2.01%	TI	140,00	0,00	0,00	2,81

Descrição do Serviço:
prestacao de servicos fisioterapeuticos
2 sessões de fisioterapia respiratoria

Valor Total	Desc. Incondicional	Dedução	Base de Cálculo	ISSQN
140,00	0,00	0,00	140,00	2,81
ISSRF	**IR**	**INSS**	**CSLL**	**COFINS**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PIS	**Outras Retenções**	**Total Trib. Federais**	**Desc. Condicional**	**Valor Líquido**
0,00	0,00	0,00	0,00	140,00

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03

40802 Fisioterapia.

Legenda do Local de Prestação do Serviço

7859 Santo Antônio da Platina

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente

(40802) Serviço tributado no município do prestador

Contribuinte enquadrado como Simples - Homologado de ISS ou ISS em regime estimado/fixo

Anexo: 3 - III

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 36/2012 de 24/02/2012 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 10/07/2026

Valor aproximado dos tributos: Federais R$18,83 (13,45%), Estaduais R$0,00 (0,00%), Municipais R$5,60 (4,00%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

Nivaldo Ribeiro da Silva
Diretor Depto. Mun. de Saúde
Decreto Nº 20/26
23-06-26

MISERICÓRDIA DE JACAREZINHO

Declarada de Utilidade Pública Federal pelo Decreto Nº 71987 de 26/03/1973

Avenida Getúlio Vargas, nº 1248 - Fones { PABX (43) 3527-1022 / Emergência 192

JACAREZINHO CEP: 86400-000 PARANÁ

Mayra Aurora Braz Kuskoski

uso interno:

① Paracetamol ——— 1/

5 gotas de 6/6h caso de febre

② Aerolin 100mcg ——— 1/

4 gotas de 12/12h (máscara + espaçadas)

③ Inalação com soro fisiológico após o aerolin.

④ Prelone ——— 1/

1,5 ml de 12/12h 5 dias

⑤ Cefalexina 250mg ——— 1/

2 ml de 8/8h durante 5 dias

7 - 15 - 23 horas.

⑤ Fisioterapia respiratória

(10 sessões)

17/06/2026

Dr. Rogério Velasco de Abreu
Médico
CRM-PR 8870

Para uso exclusivo em receituário médico do Hospital

C01363-38 - JK Artes Gráficas - (43) 3534-439

bradesco

Comprovante de transferência Pix

03/07/2026 - 14:06:45

Valor: R$ 70,00

Dados de quem recebeu

Nome
CLINICA FISIO & SAUDE

CPF/CNPJ
12.099.059/0001-68

Instituição
COOP SICREDI NORTE SUL

Chave Pix
12.099.059/0001-68

Dados da transação

Tipo
Pix

Valor
R$ 70,00

Descrição
Fisioterapia respiratória infantil

Data do débito
22/06/2026 - 08:26:57

Número de Controle
E607469482026062211 26A0969ibL6eg

Dados de quem fez a transação

Nome
NIVALDO RIBEIRO DA SILVA

CPF/CNPJ
***.222.259-**

Telefones de contato
4002 0022 - Capitais e regiões metropolitanas
0800 570 0022 - Demais localidades

SAC - Alô Bradesco
0800 704 8383

Ouvidoria Bradesco
0800 727 9933

bradesco

Comprovante de transferência Pix

03/07/2026 - 14:05:58

Valor: R$ 70,00

Dados de quem recebeu

Nome
CLINICA FISIO & SAUDE

CPF/CNPJ
12.099.059/0001-68

Instituição
COOP SICREDI NORTE SUL

Chave Pix
12.099.059/0001-68

Dados da transação

Tipo
Pix

Valor
R$ 70,00

Descrição
Fisioterapia infantil

Data do débito
23/06/2026 - 13:18:03

Número de Controle
E60746948202606231617A0969o0kf1w

Dados de quem fez a transação

Nome
NIVALDO RIBEIRO DA SILVA

CPF/CNPJ
***.222.259-**

Telefones de contato
4002 0022 - Capitais e regiões metropolitanas
0800 570 0022 - Demais localidades

SAC - Alô Bradesco
0800 704 8383

Ouvidoria Bradesco
0800 727 9933