

✓

Comprovante de transferência Pix

23/07/2026 - 14:19:36

Valor: R$ 200,00

Dados de quem recebeu

Nome: **Debora da Silva Francisco**

CPF/CNPJ: *****.236.279-****

Instituição: **MERCADO PAGO IP LTDA.**

Chave Pix: **+5543988345271**

Dados da transação

Tipo: **Pix**

Valor: **R$ 200,00**

Data do débito: **16/07/2026 - 07:19:05**

Número de Controle: **E60746948202607161018A09699x3fNM**

Dados de quem fez a transação

Nome: **NIVALDO RIBEIRO DA SILVA**

CPF/CNPJ: *****.222.259-****

Esta transação foi feita via App Bradesco

Autenticação

RCVb7IYM ECGvirLB 8AVzWxkY gTHiogY° CKy4FiWK Pr?kFL°T mcHMsRnD GUHuci8V ypvt3NqN tF5BuWtq #SRcnr?V KMjqmlmv 2dA9XPe4 pWExIFvs lePbapS# irVAxZ°z vA77FrX7 gJkEzL6O jtSFkZI# fuFRppha PwPPLEVK stkKUPkU 00039621 00552000 0

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

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
4255/2026	24/07/2026		4295/2026

Licitação

Tipo	Número
Sem licitação	Nº PREVISÃO - 4387

Contrato/Aditivo

Sequência	Contrato	Aditivo	Início da	Fim da	Fim da vig.	Início da	Fim da	Fim da exe.

Credor

Fornecedor	Matrícula	CPF/CNPJ
HOSPITAL DOS OLHOS DO NORTE PIONEIRO.	1150890-1	07.442.479/0001-65

Endereço	Bairro
RUA CORONEL CECILIO ROCHA , 184	

Cidade/UF	CEP	Fone	Tipo de conta	Banco	Agência	Conta
Jacarezinho/PR	86400-000					

Classificação da despesa

04 SECRETARIA DE SAÚDE
04.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
10.301.0004.2019 MANUTENÇÃO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
3.3.90.39.50.10 SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES EM ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE
1010 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Saldo do empenho	R$ 200,00
Valor liquidado	**R$ 200,00**
Saldo à Liquidar	R$ 0,00

Outras informações

Retenções

Total de retenções	R$ 0,00
Valor líquido	**R$ 200,00**

Servidor que autorizou a liquidação
6451 - NIVALDO RIBEIRO DA SILVA

Vencimento da liquidação
23/08/2026

Histórico
Importe de despesas referente ressarcimento de despesas para servidor do Dep. de Saude, conforme preceitua a lei 111/92 Estatuto do Servidor Publico.
Servidor: Nivaldo Ribeiro da Silva - Sec. de Saude CPF: 610.222.259-87.
Obs.: viagem para levar paciente para exame de ultrassom do olho.

Documento assinado eletronicamente por NIVALDO RIBEIRO DA SILVA, SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, em 28/07/2026, às 07:50, 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 28/07/2026, às 13:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento legal no(a) Decreto 31/2025 de 15/1/2025, publicado edicao 1820, conf Lei 625/2017.

Equiplano

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
4295/2026	Ordinário	24/07/2026		

Licitação

Tipo	Número
Sem licitação	

Contrato/Aditivo

Sequência	Contrato	Aditivo	Início da	Fim da	Fim da vig.	Início da	Fim da	Fim da exe.

Credor

Fornecedor	Matrícula	CPF/CNPJ
HOSPITAL DOS OLHOS DO NORTE PIONEIRO.	1150890-1	07.442.479/0001-65

Endereço	Bairro
RUA CORONEL CECILIO ROCHA , 184	

Cidade/UF	CEP	Fone	Tipo de conta	Banco	Agência	Conta
Jacarezinho/PR	86400-000					

Classificação da despesa

04 SECRETARIA DE SAÚDE
04.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
10.301.0004.2019 MANUTENÇÃO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
3.3.90.39.50.10 SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES EM ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE
1010 00000 Recursos Ordinários (Livres)
Do Exercício

Saldo anterior	Valor empenhado	Saldo atual
R$ 403.090,08	**R$ 200,00**	R$ 402.890,08

Outras informações

Histórico

Importe de despesas referente ressarcimento de despesas para servidor do Dep. de Saude, conforme preceitua a lei 111/92 Estatuto do Servidor Publico.
Servidor: Nivaldo Ribeiro da Silva - Sec. de Saude CPF: 610.222.259-87.
Obs.: viagem para levar paciente para exame de ultrassom do olho.

Documento assinado eletronicamente por ADALBERTO VEIGA FERREIRA, Emissor, em 27/07/2026, às 16:00, 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 28/07/2026, às 07:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento legal no(a) Decreto 31/2025 de 15/1/2025, publicado edicao 1820, conf Lei 625/2017.

4255

Equiplano

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
24/07/2026 - AUTOATENDIMENTO - 08.17.23
0602500602 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: MOVIMENTO SAUDE - LIVRE
AGENCIA: 0602-5 CONTA: 27.737-1

SOBRE A TRANSACAO

ID: E00000000202607241110314154808 68
CNPJ DO PAGADOR: 77.732.584/0001-14
VALOR: R$200,00
TARIFA: R$1,98
DATA: 24/07/2026 - 08:16:54

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 - 08:16:54

DOCUMENTO: 072403
AUTENTICACAO SISBB: 9.4F0.E43.702.477.8B0

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produtos 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.

EMPENHO

4295

4255

REQUERIMENTO RESSARCIMENTO DESPESAS

EU	**Nivaldo Ribeiro da Silva**
CPF	**610.222.59-87**

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

Descrição Abaixo:

Data	23/07/2026

Motivação	Exame de Ultrassom do Olho Esquerdo do Paciente Jair Francisco.

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, 23 de Julho de 2026.

Ass. Requerente

DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

HOSPITAL DE OLHOS DO NORTE PIONEIRO LTDA.
RUA CORONEL CECILIO ROCHA, 184
CEP: 86400-000 - Bairro: CENTRO
Município: Jacarezinho - PR
E-mail: institutodeolhossantaemilia@hotmail.com
Fone: (43) 3911-3000

CNPJ / CPF	Inscrição Estadual	Inscrição Municipal
07.442.479/0001-65	0	851900

Número da NFS-e	Série da NFS-e	Data do Serviço	Código Verificador
122	NACIONAL	23/07/2026	8dd68e927

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
23/07/2026	Exigível	Jacarezinho/PR	Jacarezinho/PR

Chave de Acesso da NFS-e
41118031207442479000165000000000012226074621316018

Número DPS	Série DPS	Data e hora de Emissão da DPS
122	49999	23/07/2026 11:59:18

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome / Razão Social: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CONSELHEIRO MAIRINCK
CNPJ / CPF: 77.732.584/0001-14
Endereço: RUA 7 DE SETEMBRO,1012
Inscrição Municipal:
Inscrição Estadual:
Cidade: Conselheiro Mairinck | UF: PR | Bairro: CENTRO | CEP: 86480-000
E-mail: *****
Fone: (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
Serviços Médicos Prestados	200,00	3,00	6,00	Não

ALIQ. CBS	VALOR CBS	ALIQ. IBS EST.	VALOR IBS EST.
0,36	0,67	0,04	0,07

Ricardo 23-07-26

Código do Serviço: 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de...
Código NBS: 123011900
Indicador de Operações: 030101
Classificação Tributária: 200029
Código de Tributação Nacional: 04.03.01 - Hospitais e congêneres.
Código de Tributação Municipal: 403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, ca...

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	1 - Operação Tributável com Alíquota Básica

Descrição Contrib. Sociais – Retidas	Contribuições Sociais – Retidas	Base Cálculo PIS/COFINS	PIS Alíquota	PIS – Apuração Própria	COFINS Alíquota	COFINS – Apuração Própria
0 - PIS/COFINS/CSLL Não Retidos	0,00	200,00	0,65	1,30	3,00	6,00

Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido	Valor Total do ISSQN	Valor Dedução/Descontos
200,00	6,00	0,00	0,00	6,00	0,00

Valor do CBS	Valor do IBS Estadual	Valor total IBS CBS	0,74
0,67	0,07		

Valor Total da NFS-e	200,00	Valor Líquido da NFS-e	200,00

Informações Adicionais

IBS e CBS calculados com aplicação de redução de alíquota, conforme classificação tributária informada (CST e cClassTrib).
Lei 12741/2012: Mun: R$6,84; Est: R$0,00; Fed: R$26,90; Total Aprox: R$33,74. Fonte: IBPT.
Campos identificados com **** referem-se a informações de IBS e CBS de preenchimento opcional pelo contribuinte, não informadas na emissão da NFS-e.

1228dd68e92707442479000165

Recebi(emos) de HOSPITAL DE OLHOS DO NORTE PIONEIRO LTDA. os serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.

___/___/____ Data

_____ Identificação e assinatura do recebedor

Número da NFS-e: 122
Competência: 23/07/2026
NFS-e: 8dd68e927

Número de Controle do Município

Consulta realizada em 23/07/2026 às 11:59:20.

Para consultar a autenticidade acesse: https://webapp1-jacarezinho.cidade360.cloud/nfse.portal

HOSPITAL DE OLHOS DO NORTE PIONEIRO
Centro de Excelência em Oftalmologia
SUS: Sistema Único de Saúde
Rua Costa Júnior, 500 - Centro - JACAREZINHO/PR - CEP 86400-000
E-mail: hospitaldeolhos@hotmail.com | Fone SUS: (43) 3525-4154

Jair Fonseca

Ultrassom OE

Dra Maria Emilia Haggi
Médica Oftalmologista
CRM-PR 44.805
CRM-SP 182.854

Para uso exclusivo em receituário médico do Hospital

20.05.26