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
4836/2026	18/08/2026		4872/2026

Licitação

Tipo	Número
Sem licitação	

Contrato/Aditivo

Nº PREVISÃO - 4997

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
3.3.90.14.14.05 DESPESAS DE VIAGENS REALIZADAS EM REGIME DE RESSARCIMENTO - SERVIDORES
910 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Saldo do empenho	Valor liquidado	Saldo à Liquidar
R$ 120,00	**R$ 120,00**	R$ 0,00

Outras informações

Retenções

Total de retenções	Valor líquido
R$ 0,00	**R$ 120,00**

Servidor que autorizou a liquidação
6451 - NIVALDO RIBEIRO DA SILVA

Vencimento da liquidação
17/09/2026

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: ibaiti.
Obs.: ressarcimento de despesas com carimbos para o Dep. de Saude. Conforme N.F. 4155.

Documento assinado eletronicamente por NIVALDO RIBEIRO DA SILVA, SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, em 24/08/2026, às 11:11, 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 24/08/2026, às 13:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento legal no(a) Decreto 31/2025 de 15/1/2025, publicado edicao 1820, conf Lei 625/2017.

Equipe 10

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/08/2026 - AUTOATENDIMENTO - 16.13.49
0602500602 0001

Comprovante Pix

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

SOBRE A TRANSACAO

ID: E00000000202608181911154330804 64
CNPJ DO PAGADOR: 77.732.584/0001-14
VALOR: R$120,00
TARIFA: R$1,18
DATA: 18/08/2026 - 16:13:20

PAGO PARA: Nivaldo R Silva
CPF: ***.222.259-**
CHAVE PIX: 61022225987
INSTITUICAO: 60746948 BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0969 - CONTA: 000000000000006122612
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: 18/08/2026 - 16:13:22

DOCUMENTO: 081810
AUTENTICACAO SISBB: C.19B.674.A8D.A54.D49

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.

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

0

EMPENHO

4872

4836

REQUERIMENTO RESSARCIMENTO DESPESAS

EU	**Nivaldo Ribeiro da Silva**
CPF	**610.222.259-87**

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

Descrição Abaixo:

Data	20/07/2026

Motivação	Carimbo Automático para o Posto de Saúde

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, 18 de Agosto de 2026.

Ass. Requerente

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
4872/2026	Ordinário	18/08/2026		

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
3.3.90.14.14.05 DESPESAS DE VIAGENS REALIZADAS EM REGIME DE RESSARCIMENTO - SERVIDORES
910 00000 Recursos Ordinários (Livres)
Do Exercício

Saldo anterior	Valor empenhado	Saldo atual
R$ 85.512,77	**R$ 120,00**	R$ 85.392,77

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: ibaiti.
Obs.: ressarcimento de despesas com carimbos para o Dep. de Saude. Conforme N.F. 4155.

Documento assinado eletronicamente por ADALBERTO VEIGA FERREIRA, Emissor, em 24/08/2026, às 07:59, 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 24/08/2026, às 08:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento legal no(a) Decreto 31/2025 de 15/1/2025, publicado edicao 1820, conf Lei 625/2017.

Equipara

RECEBEMOS DE TAMAGRAF IMPRESSOS & CARIMBOS LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.
EMISSAO: 20/07/2026, DESTINATÁRIO: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CONSELHEIRO MAIRINCK, VALOR TOTAL: 120,00

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e Nº 000.004.155 SÉRIE: 002

TAMAGRAF IMPRESSOS & CARIMBOS LTDA
RUA JOAQUIM DA SILVA REIS, SN, SALA A,
CENTRO
IBAITI - PR - CEP 84900-000
TELEFONE: 4335462187
EMAIL: TAMAGRAF@HOTMAIL.COM

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAIDA [1]
Nº 000.004.155
SÉRIE 002
PÁGINA 1 de 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
4126 0786 8850 8400 0103 5500 2000 0041 5518 2405 9636

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros		141260282928787 20/07/2026 às 17:27:03
INSCRICAO ESTADUAL	**INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO**	**CNPJ**
52602148-71		86.885.084/0001-03

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA EMISSÃO
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CONSELHEIRO MAIRINCK			77.732.584/0001-14	20/07/2026
ENDEREÇO		**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**	**DATA ENTRADA/SAÍDA**
R 7 DE SETEMBRO, 1012		CENTRO	86480-000	20/07/2026
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA ENTRADA/SAÍDA**
CONSELHEIRO MAIRINCK		PR	ISENTO	17:26

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS/SERVIÇOS
0,00	0,00	0,00	0,00	120,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR DO PIS	VALOR DO COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	120,00

VR. APROXIMADO DOS IMPOSTOS. FONTE: IBPT
Totais: 39,54 (32,95%) | Tributos Federais: 16,14 (13,45%) | Tributos Estaduais: 23,40 (19,50%) | Tributos Municipais: 0,00 (0,00%) | Chave: 668329

TRANSPORTADORA/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	0-Contratação Remetente				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
				0,000	0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	V.UNITÁRIO	V.DESC	V.TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ.ICMS	ALIQ. IP
084	CARIMBO AUTOMATICO 4941	96110000	0102	5.102	BL	1,000	120,00	0,00	120,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Dados para pagamento: Chave Pix: 86885084000103 BANCO SICOOB Banco: 756 Cooperativa: 4374 Conta: 20108-1 Após efetuar o pagamento, por gentileza nos envie o comprovante para darmos baixa no sistema.	

Declaro que o material foi recebido
e/ou serviços foram executados

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

20-07-26