

**CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAM****Estado do Paraná - 95.640.322/0001-01**

RUA MAMBORE, 1542 - CEP 87302-140 - CNPJ 95.640.322/0001-01

NOTA DE PAGAMENTO DE DESPESA ORÇAMENTÁRIA**nº Ordem Pagamento: 2541 / 2020**

Credor: 113 - Ivani Fiore Dal Molin

CNPJ/CPF: 517.896.809-30

Endereço: Comercial: Aracajú, 157 - - Campo Mourão / PR

Banco: 1 Agência: 406-5 Conta: 26191-2

Órgão: 01. CIS-COMCAM**Unidade: 01.001. Cis-Comcam****Prog. Trabalho: 10.302.0001.2.001. Manutenção Administrativa do Cis-Comcam****Elemento Desp.: 3.3.90.14.00.00 DIÁRIAS - CIVIL****Fonte Rec.: 1005 Recursos do Tesouro (Descentralizados) - Exercício Corrente****01001**

EMPENHO	LIQUIDAÇÃO	PROCESSO	VLR. EMPENHO	VLR. LIQUIDAÇÃO	VLR. A PAGAR
1885 / 2020	1 / 2020	0 / 2.020,00	150,00	150,00	150,00

Histórico:

TOTAL DA ORDEM: 150,00

Banco: 211 -B. BRASIL - F. 001 - 22.346-8

Banco: 1 Agência: 0406-5 Conta: 22.346-8

TED nº: 026191

DECLARO HAVER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA NO VALOR DE R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais)

Data_____
Ivani Fiore Dal Molin

AUTORIZO O PAGAMENTO.

CAMPO MOURÃO, 16 de setembro de 2020.

Carla Cassia Alves Bento
Coordenador

**CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURAO****Estado do Paraná****CNPJ 95.640.322/0001-01****RUA MAMBORE, 1542 CENTRO (044)3523-3684 - CEP 87302-140****NOTA DE EMPENHO****Nº do Empenho: 1885 / 2020****Ordinário****Data: 11/09/2020****Página 1 / 1****Credor:** 113 Ivani Fiore Dal Molin**Endereço:** Comercial: Aracajú, 157 - - C.E.P. 87300205 - Campo Mourão - PR**C.P.F.:** 517.896.809-30**R.G.:** 3.950.634-3**CGCM****Orgão:** 01. CIS-COMCAM**Unidade:** 01.001. Cis-Comcam**Prog. Trabalho:** 10.302.0001.2.001. Manutenção Administrativa do Cis-Comcam**Elemento Desp.:** 3.3.9.0.14.00.00. DIÁRIAS - CIVIL**Reduzido:** 2**F. de Recurso:** 1005 Recursos do Tesouro (Descentralizados) - Exercício Corrente

01001

Desdobramento: 14 02 SERVIDORES COMISSIONADOS**Processo.....:** 0/2020**Tipo de Licitação:** Dispensavel**Nº Licitação.....:** /**Data Licitação:****F. de TCE:****Dotação Inicial**

20.000,00

Saldo Anterior

15.800,00

Valor

150,00

Saldo Atual

15.650,00

ITEM QTD UN ESPECIFICAÇÃO**VLR. UNITÁRIO****VLR. TOTAL**

1 1 Diári DIÁRIA(S).

300,00

150,00

HISTÓRICO: IMPORTE REF. A PRESENTE VIAGEM VISA O TRANSPORTE DOS EQUIPAMENTOS: "CENTRIFUGA EVLAB.**Local de Entrega****Total Retenções:**

0,00

Total Liq. Empenho:

150,00

Empenhado por:**Conferido por:**

Leandra Lima Macaronelli

CONTADOR

LIQUIDAÇÃO

Declaro que os

☐

Serviços foram Prestados

☐

Materiais foram Entregues

☐

Obra Executada

Data**Nome / Assinatura****Autorizo a Despesa Acima Discriminada**

CAMPO MOURÃO, de de

Carla Cassia Alves Bento

Coordenador

PAGAMENTO**ORDEM DE PAGAMENTO**

Pague-se ao favorecido o valor acima especificado, proveniente, desta nota de empenho.

CAMPO MOURÃO, de de

RECIBO

Recebi(emos) da tesouraria da CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURAO, a importância especificada acima em moeda corrente do país.

CAMPO MOURÃO, de de

Banco 01Ag: 0406-5**Nº da Conta** 26.191-2 **Nº da Cheque** _____

Anotações



Nº 1885

ANEXO I – SOLICITAÇÃO DE DIÁRIAS – ATO Nº 017/2020.

OBS.: Resolução n. 8/2013 – Código do ato n. 83.

PROPOSTA DE VIAGEM	
Servidor(a)	Nome: Ivani Fiore Dal Molin – Matrícula 75 Cargo ou Função: Coordenadora

Serviço a executar e período	
Serviço a executar e período	1) Viagem a Maringá/Pr – Percurso – 134 KM

Justificativa detalhada (razões)	
De: 11/09/2020 à 11/09/2020. Cidade Destino: Maringá - Paraná Percurso: 134 KM Objetivo: A presente viagem visa o transporte dos equipamentos: "CENTRIFUGA EVLAB, PATRIMONIO N. 105, O. DE SERVIÇO N. 23867, CENTRIFUGA EVLAB, PATRIMONIO N. 107, O. DE SERVIÇO N. 23868 E A LUZ DO FOTOFORO, MARCA MZ MEDICAL, PATRIMONIO N. 190, O. DE SERVIÇO N. 23865", para manutenção junto a empresa INVISION COMERCIO E ASSISTENCIA TECNICA LTDA. DATA DA SAÍDE EM VIAGEM: 11/09/2020. DATA DO RETORNO A C. MOURÃO: 11/09/2020. <i>Diária: R\$ 300,00 – "Resolução 8 2013 – Art. 1º, I - "Diária Integral" - A cada afastamento do Município sede do Cis-Comcam, que ensejar pernoite".</i> <i>1/2 Diária: R\$ 150,00 – "Resolução 8 2013 - Art. 1º, II - "1.2 (meia) de Diária - A cada afastamento, que não ensejar pernoite, e que o percurso for superior a 100 (cem) quilômetros".</i> <i>1/4 Diária: R\$ 75,00 – "Resolução 8 2013 - Art. 1º, III - "1.4 (um quarto) de Diária - A cada afastamento, que não ensejar pernoite, e que o percurso for inferior a 100 (cem) quilômetros".</i>	

Relatório De Viagem	Localidade	Nº de Dias
	Maringá – Pr.	1/2 diária

Prazo de Utilização	Importância requisitada
11/09/2020 a 11/09/2020	150,00

Meio de Viagem: Veículo Duster, BC19952;
--

Proponente	Assinatura e Carimbo da Chefia
------------	--------------------------------

ATENÇÃO: Deverá o proponente juntar ao respectivo processo os comprovantes da viagem.

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO E RECIBO



CIS-COMCAM

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO - C O M C A M**

SOLICITAÇÃO DE COMPRAS Nº 2020

SETOR: LABORATÓRIO _____

DADOS DO SOLICITANTE _____

NOME: VAGNER S ALVES

FUNÇÃO: DIRETOR TÉCNICO DO LABORATÓRIO CISCOMCAM

DESCRIÇÕES DO OBJETO:

02 CENTRIFUGAS EVLAB

Patrimônio 190 e

JUSTIFICATIVA: CORREÇÃO

AO LIGAR AMBAS NÃO GIRAM AS CAÇAPAS.

OBSERVAÇÕES:

CAMPO MOURÃO, 10/09/2020

Ass: _____

Vagner S. Alves
Dr. Vagner S. Alves
Bioquímico
CRF: 10.586

clauxa Alemagre

28.007.123/0001-73
DIVISÃO COMÉRCIO E ASSISTÊNCIA
TÉCNICA LTDA - ME
AV. CECILIA, 1057 - SALAS 4, 5 E 6
JARDIM NOVO HORIZONTE
CEP 87010-055 - MARINGÁ - PR

Funcionamento deposito 2020

serão aceitos pedidos em via impressa e com assinatura do responsável.
Solicitamos que os responsáveis fiquem atentos quanto a utilização dos materiais de consumo e avisem com antecedência se os mesmos já estão chegando ao fim, para que assim sejam providenciados.
Utilizar modelo de solicitação abaixo.

 CIS-COMCAM CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA COMUNIDADE DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE CAMPO MOURÃO		
Guia de Solicitação de Material		
Setor: Enfermagem		Data: 27 / 06 / 2020
Material	Quantidade Solicitada	Quantidade Entregue
Toldo Retrátil	01	
Solicito manutenção do fotoforo		

PAOLA GONÇALVES

COREN 501.299

Assinatura do responsável pela
solicitação

28.007.123/0001-73
INVISION COMÉRCIO E ASSISTÊNCIA
TÉCNICA LTDA - ME
AV. CETO AZUL, 1337 - SALAS 4, 5 E 6
JARDIM NOVO HORIZONTE
CEP 87010-055 - MARINGÁ - PR

dauxa Almagoes

A lâmpada está sem foco

B EQUIPAMENTOS PARA LABORATORIOS LTDA
RUA VEREADOR ARLINDO PLANAS, 2059

IngLab
Equipamentos para Laboratórios

VILA SANTA ISABEL
MARINGA
PR
(44) 3031-4020
87080-330

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída

Nº 000.004.626

Série: 1 Modelo: 55

Página 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

4120 0913 4156 0000 0162 5500 1000 0046 2610 0122 4906

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda Prod. Com. PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL
9055355875

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA

CNPJ

13.415.600/0001-62

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

141200170328494 - 11/09/2020 10:04:42

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
CIS-COMCAM - CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDEA

CNPJ/CPF

95.640.322/0001-01

DATA DA EMISSÃO

11/09/2020

ENDEREÇO
RUA MAMBORE, 1542

COMPLEMENTO

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP

87.302-140

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

11/09/2020

MUNICÍPIO
CAMPO MOURAO

FONE/FAX

(44) 3523-3684

UF

PR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/VENCIMENTOS

Número	Data Vcto.	Valor
001	12/10/2020	1.304,00

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.304,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.304,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL INGALAB EQUIPAMENTOS PARA LABORATORIOS	FRETE POR CONTA 0 - EMISSOR 1 - DESTINATÁRIO	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 13.415.600/0001-62
ENDEREÇO RUA VEREADOR ARLINDO PLANAS, 2059	MUNICÍPIO MARINGA	UF PR	INSCRIÇÃO ESTADUAL 9055355875	PESO BRUTO 0,000	PESO LÍQUIDO 0,000
QUANTIDADE 2	ESPECIE CAIXA	MARCA	NUMERAÇÃO		

PRODUTOS/SERVIÇOS

Código	Produto / Serviço	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	Qtde	Vir Unitário	Vir Total	BC ICMS	Vir ICMS	Vir IPI	%ICM	%IPI
2316	ALT / TGP 4 X 50 ML Lote: 0010 Validade: 30/11/2020	38220090	0103	5102	UN	1	80,0000	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3726	AST/TGO 125 ML Lote: 03200291 Validade: 10/06/2021	38220090	0103	5102	UN	1	80,0000	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1420	BILIRRUBINAS PP (CAT.431M) 52 ML D 52 ML T Lote: 202001 Validade: 30/04/2021	38220090	0103	5102	UN	1	40,0000	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2818	COLESTEROL PP 500 ML (CAT.460E) Lote: 1906 Validade: 31/01/2021	38220090	0103	5102	UN	1	190,0000	190,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3777	FERRO 80 ML Lote: 0611/19010101 Validade: 06/11/2021	38220090	0103	5102	UN	2	50,0000	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3419	MAGNESIO PP 100 ML (CAT.450M) Lote: 1904 Validade: 30/04/2021	38220090	0103	5102	UN	1	34,0000	34,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
119	PCR TURBIDIMETRIA 50 ML (CAT.473) Lote: 0100 Validade: 31/10/2021	30021229	0103	5102	UN	2	370,0000	740,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1412	PROTEINURIA PP 50 ML (CAT.498M) Lote: 1903 Validade: 31/03/2021	38220090	0103	5102	UN	1	40,0000	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

Cod. Pedido(=): 122366
Ped. Vend./Cli.: EMP: 1805/2020, DOCUMENTO EMITIDO POR EPP OPTANTE PEL
O SIMPLES NACIONAL, CFE TERMO DO ART 23 DA LC 123/2006
Val Aprox. Tributos R\$180,99 (13,98%) Fonte: IBPT

RESERVADO AO FISCO

Journal of Management Education 34(10)

DEBITO A VISTA

VALOR: 31,80

REPORT ON THE PROGRESS OF THE WORK OF THE COMMISSION

vision

ncia Técnica

INVISION COMERCIO E ASSISTENCIA TECNICA LTDA

AV CERRO AZUL, 1887 SL 04 JARDIM NOVO HORIZONTE

MARINGA-PR-CEP: 87010-055

CNPJ: 28.007.123/0001-73 / IE: 907.534.03-00

e-mail: invision@invision.net.br Fone: (44) 3222 3310.

Ordem Serv. nº: 23867

Data:

11/09/2020 15:16:09

ie / Razão / Fantasia : 1401 - CONSORCIO INT DE SAUDE DA COM DOS M DA REG DE C MOURAO - CISCOMCAM

ndereço: RUA MAMBORÊ, 1542 CENTRO

Cidade: CAMPO MOURÃO - PR CEP: 87302-140

e-mail: compras@ciscomcam.com.br

Contato/DP: IVANI

CPF/CNPJ: 95.640.322/0001-01

RG/IE:

Form. Pgto: BOLETO BANCARIO

Condição: 30 DIAS

Equip.:CENTRIFUGA

Modelo: EV 025

Série: 306

Técnico:

Marca: EVLAB

Patrimonio: 00105 / 400

Identificação: 00105 / 400

Voltagem:

Tipo serviço: Preventiva: N

Corretiva: S

Reforma: N

Calibração: N

Local do serviço: Loja

Data orçado: ____/____/____

Aprovado pelo Cliente: ____/____/____

Pronto: ____/____/____

Prazo p/ entrega após aprov. (dias úteis): 0

Data prev. p/ entrega: ____/____/____

Data Retirada: ____/____/____

Data início: ____/____/____ H: ____

Data fim: ____/____/____ H: ____

Data início: ____/____/____ H: ____

Data fim: ____/____/____ H: ____

Qtde	Descrição de Peças	Desc.	Valor Unit	Valor Total
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
		Descontos	0,00	Total Peças 0,00

Qtde	Descrição de Mão de Obra	Desc.	Valor Unit	Valor Total
		Descontos	0,00	Total Serv. 0,00

Total Geral 0,00

Acessórios: 04 caçapas

Observação Cliente:

Relato Cliente: ao ligar o equipamento as caçapas não giram

Probl. Visíveis:

Obs. Técnica:

✂

O prazo do orçamento para manutenção é de 15 dias úteis, para calibração 07 dias úteis e prazo para o envio do certificado é de até 15 dias úteis.
Validade deste orçamento 10 dias, a garantia dos serviços será de 90 dias, e peças a garantia será conforme o fabricante, atendimento em garantia deverá ser realizado em nossa empresa, frete por conta e risco do cliente. Este orçamento poderá sofrer alteração, caso aconteça enviaremos orçamento complementar.
EM CASO DE DESAPROVAÇÃO, os equipamentos deverão ser retirados em até 90 dias para não ocorrer descarte sem responsabilidade por nossa empresa. SEM GARANTIA PARA CALIBRAÇÕES.

Ordem Serv. nº:

23867

Data:

11/09/2020

Equip.:CENTRIFUGA

Marca: EVLAB

Modelo: EV 025

Patrimonio: 00105 / 400

Série: 306

Assinatura receptor

CONSORCIO INT DE SAUDE DA COM DOS M DA REG
DE C MOURAO

Assinatura cliente/responsável

invision

Invisão Técnica

INVISION COMERCIO E ASSISTENCIA TECNICA LTDA

AV CERRO AZUL, 1887 SL 04 JARDIM NOVO HORIZONTE

MARINGA-PR-CEP: 87010-055

CNPJ: 28.007.123/0001-73 / IE: 907.534.03-00

e-mail: invision@invision.net.br Fone: (44) 3222 3310.

Ordem Serv. nº: 23868

Data:

11/09/2020 15:38:05

Razão / Fantasia : 1401 - CONSORCIO INT DE SAUDE DA COM DOS M DA REG DE C MOURAO - CISCOMCAM

Endereço: RUA MAMBORÊ, 1542 CENTRO

Cidade: CAMPO MOURÃO - PR CEP: 87302-140

Fone(s): 44 3523-3684 /

CPF/CNPJ: 95.640.322/0001-01

e-mail: compras@ciscomcam.com.br

RG/IE:

Contato/DP: IVANI

Form. Pgto: BOLETO BANCARIO

Condição: 30 DIAS

Equip.:CENTRÍFUGA

Modelo: EV 025

Série: 305

Técnico:

Marca: EVLAB

Patrimonio: 00107 / 398

Identificação: 00107 / 398

Voltagem:

Tipo serviço: Preventiva: N

Corretiva: S

Local do serviço: Loja

Reforma: N

Calibração: N

Data orçado: ____/____/____

Aprovado pelo Cliente: ____/____/____

Pronto: ____/____/____

Prazo p/ entrega após aprov. (dias úteis): 0

Data prev. p/ entrega: ____/____/____

Data Retirada: ____/____/____

Data início: ____/____/____ H: ____:____

Data fim: ____/____/____ H: ____:____

Data início: ____/____/____ H: ____:____

Data fim: ____/____/____ H: ____:____

Qtde	Descrição de Peças	Desc.	Valor Unit	Valor Total
0				
0				
0				
0				
0				
0				
		Descontos	0,00	Total Peças 0,00

Qtde	Descrição de Mão de Obra	Desc.	Valor Unit	Valor Total
		Descontos	0,00	Total Serv. 0,00

Total Geral 0,00

Acessórios: 04 caçapas

Observação Cliente:

Relato Cliente: ao ligar o equipamentos as caçapas não giram

Probl. Visíveis:

Obs. Técnica:

O prazo do orçamento para manutenção é de 15 dias úteis, para calibração 07 dias úteis e prazo para o envio do certificado é de até 15 dias úteis.

Validade deste orçamento 10 dias, a garantia dos serviços será de 90 dias, e peças a garantia será conforme o fabricante, atendimento em garantia deverá ser realizado em nossa empresa, frete por conta e risco do cliente. Este orçamento poderá sofrer alteração, caso aconteça enviaremos orçamento complementar.

EM CASO DE DESAPROVAÇÃO, os equipamentos deverão ser retirados em até 90 dias para não ocorrer descarte sem responsabilidade por nossa empresa. SEM GARANTIA PARA CALIBRAÇÕES.

Ordem Serv. nº:**23868****Data:****11/09/2020**

Equip.:CENTRÍFUGA

Marca: EVLAB

Modelo: EV 025

Patrimonio: 00107 / 398

Série: 305

Assinatura receptor

CONSORCIO INT DE SAUDE DA COM DOS M DA REG
DE C MOURAO

Assinatura cliente/responsável

me / Razão / Fantasia : 1401 - CONSORCIO INT DE SAUDE DA COM DOS M DA REG DE C MOURAO - CISCOMCAM

Endereço: RUA MAMBORÊ, 1542 CENTRO

Cidade: CAMPO MOURÃO - PR CEP: 87302-140

Fone(s): 44 3523-3684 /

CPF/CNPJ: 95.640.322/0001-01

e-mail: compras@ciscomcam.com.br

RG/IE:

Contato/DP: IVANI

Form. Pgto: BOLETO BANCARIO

Condição: 30 DIAS

Equip.: FOTÓFORO

Modelo: N/C

Série: N/C

Técnico:

Marca: MZ MEDICAL

Patrimônio: 00190

Identificação: 00190

Voltagem:

Tipo serviço: Preventiva: N

Corretiva: S

Reforma: N

Calibração: N

Data orçado: ____/____/____

Aprovado pelo Cliente: ____/____/____

Pronto: ____/____/____

Prazo p/ entrega após aprov. (dias úteis): 0

Data prev. p/ entrega: ____/____/____

Data Retirada: ____/____/____

Data início: ____/____/____ H: ____

Data fim: ____/____/____ H: ____

Data início: ____/____/____ H: ____

Data fim: ____/____/____ H: ____

Qtde	Descrição de Peças	Desc.	Valor Unit	Valor Total
0				
0				
0				
0				
0				
0				
0				
		Descontos	0,00	Total Peças 0,00

Qtde	Descrição de Mão de Obra	Desc.	Valor Unit	Valor Total
		Descontos	0,00	Total Serv. 0,00

Total Geral 0,00

Acessórios: 01 fonte de energia, 01 maleta preta

Observação Cliente:

Relato Cliente: lâmpada está sem foco

Probl. Visíveis:

Obs. Técnica: referente a OS anterior nº 22006

O prazo do orçamento para manutenção é de 15 dias úteis, para calibração 07 dias úteis e prazo para o envio do certificado é de até 15 dias úteis.
Validade deste orçamento 10 dias, a garantia dos serviços será de 90 dias, e peças a garantia será conforme o fabricante, atendimento em garantia deverá ser realizado em nossa empresa, frete por conta e risco do cliente. Este orçamento poderá sofrer alteração, caso aconteça enviaremos orçamento complementar.
EM CASO DE DESAPROVAÇÃO, os equipamentos deverão ser retirados em até 90 dias para não ocorrer descarte sem responsabilidade por nossa empresa. SEM GARANTIA PARA CALIBRAÇÕES.

Ordem Serv. nº:

23865

Data:

11/09/2020

Equip.: FOTÓFORO

Marca: MZ MEDICAL

Modelo: N/C

Patrimônio: 00190

Série: N/C

Assinatura receptor

CONSORCIO INT DE SAUDE DA COM DOS M DA REG
DE C MOURAO

Assinatura cliente/responsável

Transação entre contas diversas

do

Nome	C I S COM M REG C MOURAO
Agência	406-5
Conta corrente	22346-8

Creditado

Nome	IVANI FIORI DAL MOLIN
Agência	406-5
Conta corrente	26191-2
Valor	150,00
Data	Nesta data

Assinada por	JB503990 CARLA C ALVES BENTO	16/09/2020 10:29:58
	JB503991 CARLOS ROSA ALVES	16/09/2020 10:35:12

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB503991 CARLOS ROSA ALVES.