

# PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

CNPJ: 76.017.466/0001-61 CEP: 83.260-000  
 End.: Rua Pastor Elias Abrahão, 22 Fone: 3971-6046  
 Fax: 3971-6046 E-mail: financas@matinhos.pr.gov.br

### NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho/Tipo  
 000340/17 Ordinário Orcamentario

ORGÃO 12-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
 DOT. 28.846.0000.0.008.3390.93.01.00 INDENIZACOES Nº CONTA 3770

CREDOR 9335-JOSAFÁ DINIZ DE ARAUJO FILHO CPF/CNPJ 017.546.171-66

ENDEREÇO FONE CIDADE

LICITAÇÃO NÚMERO SOLICITAÇÃO PROC. COMPRA EMISSÃO  
 Não se Aplica 034/2017 09.01.17 09.01.17

VALOR ORÇADO 120.000,00 SALDO ANTERIOR 60.000,00 VALOR DO EMPENHO 30.000,00 SALDO ATUAL 30.000,00

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	12	1	Ajuda de custo cedida pelo Ministério da Saúde-Programa Mais Médicos-Decreto 059/2014, cfe. ofício 034/2017: Janeiro a Dezembro/2017.	2.500,00	30.000,00

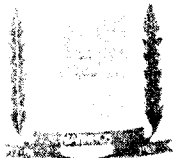
CONTRATO REDUZIDA 03771

FONTE DE RECURSO 303-Saúde - Receitas Vinculadas (EC 29/00) TOTAL LÍQUIDO 30.000,00

CONFERENTE  IVO MENDES JÚNIOR CRC/PR 047.434/O-2	ORDENADOR DA DESPESA  Prefeito Municipal RUY HAUER REICHERT
TESOURARIA DATA DE PAGTO 07/12 CHEQUE Nº 03 393 m 12 BANCO 3930  TESEUHEIRO	EMITIDO 09/01/17 LIQUIDAÇÃO ___/___/___  EMISSOR

RECIBO  
 DECLARO(AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS QUE RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA DESTA GUIA DE PAGAMENTO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO, E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO

EM: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ NOME/CPF ASSINATURA



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício Nº.034 /2017- SMS/

Matinhos, 11 de janeiro de 2017.

Excelentíssimo Senhor  
**RUY HAUER REICHERT**  
MD. Prefeito Municipal de Matinhos  
Matinhos- Paraná

Excelentíssimo Senhor,

Pelo presente solicitamos a Vossa Excelência, a anuência para realização de empenho, para pagamento do programa (**MAIS MÉDICOS**) referente ao pagamento ajuda de custo para o ano de 2017. Conforme abaixo descrito.

NOME	CPF	VALOR MENSAL	TOTAL PARA 2017
Dr. <sup>a</sup> Miriana de Lima Alves	067.466.399-32	2.500,00	30.000,00
Dr. <sup>a</sup> Olinda Zélia Bagatelli	010.080.719-43	2.500,00	30.000,00
Dr. <sup>a</sup> Josafa Diniz De Araujo Filho	017.546.171-66	2.500,00	30.000,00
Valor total do empenho para o ano de 2017			R\$ 90.000,00

Atenciosamente,

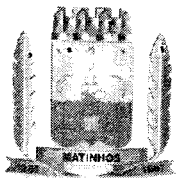
**AUTORIZO  
CUMPRIDAS AS FORMALIDADES  
LEGAIS**

DATA: 11/01/17

**Ruy Hauer Reichert**  
Prefeito Municipal

*Permite empenho para pagamento de ajuda de custo de médicos*

**DEJAIR ALVES DE CAMARGO**  
Secretário de Controle Interno  
CPF: 01.040.317/0-9



# PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS

Estado do Paraná  
Secretaria de Saúde

## DECLARAÇÃO

Matinhos, 01 de dezembro de 2017.

Eu, **JOSAFÁ DINIZ DE ARAUJO FILHO**, Medico, portadora do **CRM/PR Nº 34.405 PR**, **CPF. Nº 017.546.17166 RG Nº 4815775/GO**, cedida pelo Ministério da Saúde no Programa Mais Medico. Declaro que recebi da Secretaria de Saúde de Matinhos /PR a importância no valor de R\$2.500,00 (**dois mil e quinhentos reais**), referente ao pagamento de ajuda de custo no mês de dezembro de 2017, conforme decreto **Nº 059/2014**.

Sem mais, coloco-me a disposição.

Atenciosamente

Josafá Diniz De Araujo Filho  
MÉDICO  
CRM 34405 PR  
JOSAFÁ DINIZ DE ARAUJO FILHO  
MÉDICO-CRM Nº 34.405



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
**RUA PASTOR ELIAS ABRAHÃO, 22**

**CNPJ: 76.017.466/0001-61**

**NOTA DE LIQUIDAÇÃO:** 013299      **EMPENHO:** 000340/17      Ordinario

**Órgão:** 12 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE      01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
**Dotação:** 288460000 0 008 339 93.00.00 INDENIZACOES      03771  
**Projeto/Atividade:** PAGAMENTOS DE INDENIZACOES E RESTITUICOES

**Credor:** 9335 JOSAFÁ DINIZ DE ARAUJO FILHO      **CNPJ/CPF:** 017.546.171-66

**Licitação:**      Nao se Aplica

**Objeto da Despesa:**      INDENIZACOES      INDENIZACOES E RESTITUICOES  
**Valor da Liquidação:** R\$ 2.500,00      (dois mil e quinhentos \*\*\*\*reais\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
**Retenções:**

**Total das Retenções:**

**VALOR LIQUIDO:** 2.500,00

303 Saude - Receitas Vinculadas (EC 29/00 -

**Analisando a presente despesa, em fase de liquidação, constatamos:**

- 1 - Nota de Empenho (NE) Original devidamente assinada.
- 2 - Nota Fiscal (NF) original, ou Fatura, ou Recibo original, com a assinatura e identificação do credor, ou Folha de Pagamento de Pessoal elaborada pelo setor competente, ou Ofício de Diária, ou Ofício de Adiantamento para Despesas com Viagem. No caso de despesa vinculada a contrato ou convênio, o pagamento solicitado está de acordo com o pactuado.
- 3 - Coincidência nos credores constantes na NE, NF e Recibo.
- 4 - Correlação dos valores constantes na NE, NF e recibo.
- 5 - Atestado de serviço prestado/recebimento de material, com data, assinatura e identificação do responsável.
- 6 - O interessado está em dia com as Certidões Negativas.

A despesa correspondente aos dados preenchidos neste formulário está devidamente liquidada, de acordo com o estabelecido no artigo 63 da Lei 4.320/64.

Considerando as informações acima, que significam a legalidade da despesa, responsabilizo-me pelo pagamento correspondente a esta liquidação, cujo valor bruto é R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos \*\*\*\*reais\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 descontando as deduções cabíveis de R\$      em conformidade com a Lei.

Matinhos,      05      de Dezembro      de 2017.

11/12/2017

- BANCO DO BRASIL -

8:41:18

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTOS: CRÉDITO EM CONTA CORRENTE

CLIENTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS

AGÊNCIA: 3850-4

CONTA: 00.000.018.156-0

=====

DATA DA TRANSFERÊNCIA:

07/12/2017

NÚMERO DO DOCUMENTO:

005752000000

VALOR TOTAL:

2.500,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA :

CLIENTE: JOSAFÁ DINIZ DE ARAUJO FILHO

BANCO : 001 - Banco do Brasil S.A.

AGÊNCIA : 3.850-4

CONTA : 00.000.017.584-6

=====

Nr. Autenticação: 5.D59.2FC.24D.C33.AB0