

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: 3971-6006
 Fax: 3971-6006 E-mail: financas@matinhos.pr.gov.br

NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho/Tipo
009899/17 Ordinário Orcamentario

ÓRGÃO 12-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
 DOT. 10.301.0113.2.049.3390.39.99.99 DEMAIS SERVICOS DE TERCEIRO Nº CONTA 3221

CREDOR 668-CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA DO ESTADO DO PARANÁ CPF/CNPJ 76.693.886/0001-68
 Endereço Rua: Presidente Rodrigo Otavido FONE CIDADE Curitiba PR

LICITAÇÃO Não se Aplica NÚMERO SOLICITAÇÃO of. 949/20 PROC. COMPRA EMISSÃO 08.12.17 08.12.17

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
1.855.000,00	18.551,04	145,23	18.405,81

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1	1	Guia de pagamento para credenciamento de novo responsav tecnico, perante a farmacia do municipio, com solicitacao de pagamento com o oficio 949/2017 SMS.	145,2300	145,23

CONTRATO REDUZIDA 03260

FONTE DE RECURSO 303-Saude - Receitas Vinculadas (EC 29/00) TOTAL LÍQUIDO 145,23

CONFERENTE

 RUY HAUER REICHERT
 CRC PR 047.434/O-2

TESOURARIA
 DATA DE PAGTO 10/12
 CHEQUE Nº des. CC
 BANCO 3932

 TESOURARIA

ORDENADOR DA DESPESA

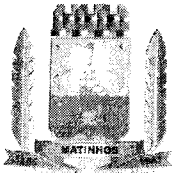
 Prefeito Municipal
 RUY HAUER REICHERT

EMITIDO 08/12/17
 LIQUIDAÇÃO 1/1

 EMITENTE

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: 1/1 _____ NOME/CPF ASSINATURA



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS

Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

Ofício nº. 0.949/SMS/2017

Matinhos, 07 de dezembro de 2017.

Senhor Prefeito;

Cumprimentamos Vossa Senhoria e solicitamos a realização de Empenho para pagamento em nome do CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ no valor de R\$ 145,23 (cento e quarenta e cinco reais e vinte e três centavos), conforme boleto anexo.

Contando com seu apoio, agradecemos e despedimo-nos com apreço e respeito.


Dejaire Alves de Camargo
Secretário de Saúde de Matinhos – Paraná

Exmo. Sr.
Ruy Hauer Reichert
DD. Prefeito de Matinhos – Pr.

RECEBIDO

DATA 07/12/2017

Av. Juscelino K. de Oliveira, 900 – Centro – Matinhos – Paraná.

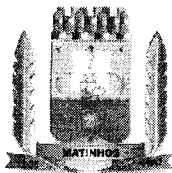
Telefones: (41) 3971 6120 – 39716128

FAX: (41) 3971 6157

CEP 83.260-000

www.matinhos.pr.gov.br

secsaude@matinhos.pr.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS

Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

Ofício nº. 0.949/SMS/2017

Matinhos, 07 de dezembro de 2017.

Senhor Prefeito;

Cumprimentamos Vossa Senhoria e solicitamos a realização de Empenho para pagamento em nome do CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ no valor de R\$ 145,23 (cento e quarenta e cinco reais e vinte e três centavos), conforme boleto anexo.

Contando com seu apoio, agradecemos e despedimo-nos com apreço e respeito.


Dejar Alves de Camargo
Secretário de Saúde de Matinhos – Paraná

Exmo. Sr.
Ruy Hauer Reichert
DD. Prefeito de Matinhos – Pr.

AUTORIZO
CUMPRIDAS AS FORMALIDADES LEGAIS
DATA 07.12.2017

Ruy Hauer Reichert
Prefeito Municipal

Av. Juscelino K. de Oliveira, 900 – Centro – Matinhos – Paraná.

Telefones: (41) 3971 6120 – 39716128

FAX: (41) 3971 6157

CEP 83.260-000

www.matinhos.pr.gov.br

secsaude@matinhos.pr.gov.br

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ
Os seguintes débitos estão sendo cobrados nesta guia :

177004-CERTIDAO PESSOA JURI 1/1 : R\$ 145,23

Banco do Brasil | 001-9 | Recibo do Sacado

Local de Pagamento PAGÁVEL NA REDE BANCARIA ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 31/12/2017
Cedente Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná - 76.693.886/0001-68					Agência/Código Cedente 3041-4 / 110106-4
Data do Documento 07/12/2017	Nr. do Documento 331311954/00	Espécie doc DM	Aceite N	Data Processamento 07/12/2017	Nosso Número 17465010001634627
Uso do Banco	Carteira 18	Moeda REAL	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento R\$ 145,23
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente): GUIA NÃO RECEBER APOS O VENCIMENTO / NÃO ACEITAR DEPÓSITO BANCÁRIO					(-) Desconto/Abatimento
					(+) Mora/Multa
					(=) Valor Cobrado
Sacado	FARMACIA DA PREFEITURA MUNICIPAL PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS R BENVENUTO GUSSI 55 ESQ AV J K DE OLIVEIRA CENTRO 83260-000 MATINHOS - PR			CNPJ/CPF : 76.017.466/0001-61 J 15585	
Sacado/Avalista	Autenticação Mecânica				

Banco do Brasil | 001-9 | 00190.00009 01746.501004 01634.627184 6 73900000014523

Local de Pagamento PAGÁVEL NA REDE BANCARIA ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 31/12/2017
Cedente Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná - 76.693.886/0001-68					Agência/Código Cedente 3041-4 / 110106-4
Data do Documento 07/12/2017	Nr. do Documento 331311954/00	Espécie doc DM	Aceite N	Data Processamento 07/12/2017	Nosso Número 17465010001634627
Uso do Banco	Carteira 18	Moeda REAL	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento R\$ 145,23
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente): GUIA NÃO RECEBER APOS O VENCIMENTO / NÃO ACEITAR DEPÓSITO BANCÁRIO					(-) Desconto/Abatimento
					(+) Mora/Multa
					(=) Valor Cobrado
Sacado	FARMACIA DA PREFEITURA MUNICIPAL PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS R BENVENUTO GUSSI 55 ESQ AV J K DE OLIVEIRA CENTRO 83260-000 MATINHOS - PR			CNPJ/CPF : 76.017.466/0001-61 J 15585	
Sacado/Avalista	Autenticação Mecânica/Ficha de Compensação				





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

CNPJ: 76.017.466/0001-61

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 013525 **EMPENHO:** 009899/17 Ordinário

Órgão: 12 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Dotação: 103010113 2 049 339 39.00.00 DEMAIS SERVICOS DE TERCEIROS 03260
Projeto/Atividade: ADMINISTRACAO GERAL E DO FUNDO MUNICIPAL DA SAUDE

Credor: 668 CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA DO ES **CNPJ/CPF:** 76.693.886/0001-68
 Curitiba

Licitação: Nao se Aplica

Objeto da Despesa: DEMAIS SERVICOS DE TERCEIROS, OUTROS SERVICOS DE TERCEIROS
Valor da Liquidação: R\$ 145,23 (cento e quarenta e cinco reais e vinte e tres centavos)

Retenções:

Total das Retenções:

VALOR LIQUIDO: 145,23

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\$ 145,23 (cento e quarenta e cinco reais e vinte e tres centavos)

descontando as deduções cabíveis de R\$ em conformidade com a Lei.

Matinhos, 11 de Dezembro de 2017.

**Emissão de comprovantes**A33G130838076467008
13/12/2017 08:47:2113/12/2017 - BANCO DO BRASIL - 08:47:22
385003850 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: PM MATINHOS -FUS
AGENCIA: 3850-4 CONTA: 18.156-0
=====

BANCO DO BRASIL

00190000090174650100401634627184673900000014523
NR. DOCUMENTO 121.101
NOSSO NUMERO 17465010001634627
CONVENIO 01746501
CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA
AG/COD. BENEFICIARIO 3041/00110106
DATA DO PAGAMENTO 11/12/2017
VALOR DO DOCUMENTO 145,23
VALOR COBRADO 145,23
=====

NR. AUTENTICACAO E.50A.903.710.A85.B3F

Transação efetuada com sucesso por: J5143389 SIMONE DIOGO DOS SANTOS MORES.