

# PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

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

## NOTA DE EMPENHO

*600001, 08.0737-4  
 CC 14.201-8*

Nº do Empenho/Tipo  
 001141/17 Ordinario 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

CRÉDOR 9357-GABRIEL AUGUSTO LEAL CPF/CNPJ 053.771.719-69  
 ENDEREÇO Rua: Sao Matheus 279 Centro FONE CIDADE Matinhos PR

LICITAÇÃO Nao se Aplica NÚMERO SOLICITAÇÃO SAUDE PROC. COMPRA EMISSÃO 07.02.17 07.02.17

VALOR ORÇADO 240.000,00 SALDO ANTERIOR 120.000,00 VALOR DO EMPENHO 30.000,00 SALDO ATUAL 90.000,00

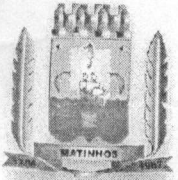
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	12	1	Ajuda de custo cedida pelo Ministerio da Saude-Programa Mais Medicos-Decreto 059/2014, cfe. oficio:0149/17/Sec.Saude. <i>mes 02/17 R\$ 2.500,00 pgo</i>	<i>2.500,00 15/02/17</i>	30.000,00

CONTRATO REDUZIDA 03771  
 FONTE DE RECURSO 303-Saude - Receitas Vinculadas (EC 29/00) TOTAL LÍQUIDO 30.000,00

CONFERENTE *[Signature]* IVO MENDES JÚNIOR CRC/PR 047.434/O-2  
 ORDENADOR DA DESPESA *[Signature]* Prefeito Municipal RUY HAUER REICHERT  
 TESOUREIRA  
 DATA DE PAGTO 16/02  
 CHEQUE Nº 03 63  
 BANCO 3930  
 TESOUREIRO *[Signature]*  
 EMITIDO 07/02/17  
 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

*600001  
 08.0737-4  
 CC 14.201-8*



# PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS

Estado do Paraná  
Secretaria de Saúde

## DECLARAÇÃO

Matinhos, 01 de fevereiro de 2017.

Eu, GABRIEL Augusto Beal, Medico, portadora do **CRM/PR** Nº 4893/RO PR, CPF. Nº053.771.719-69, cedida pelo Ministério da Saúde no programa Mais Médico. 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 fevereiro de 2017 conforme decreto Nº **059/2014**.

Sem mais, coloco-me a disposição.

Atenciosamente

Gabriel Augusto Beal

Médico Programa Mais Médicos



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

**CNPJ: 76.017.466/0001-61**

**NOTA DE LIQUIDAÇÃO:** 001057    **EMPENHO:** 001141/17    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:** 9357 GABRIEL AUGUSTO LEAL    **CNPJ/CPF:** 053.771.719-69  
 Matinhos

**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,    09 de Fevereiro de 2017.

17/02/2017

- BANCO DO BRASIL -

11:09:08

**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:

16/02/2017

NÚMERO DO DOCUMENTO:

00060000000

VALOR TOTAL:

2.500,00

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

CLIENTE: GABRIEL AUGUSTO LEAL

BANCO : 001 - Banco do Brasil S.A.

AGÊNCIA : 0.737-4

CONTA : 00.000.014.201-8

=====

Nr. Autenticação: E.E16.B72.CB7.B73.C50