



# 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: 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 N° CONTA: 3770

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

LICITAÇÃO: Não 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 pag</i>	2.500,00 <i>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:   
 IVO MENDES JÚNIOR  
 CRC/PR 047.434/O-2

ORDENADOR DA DESPESA:   
 Prefeito Municipal  
 RUY HAUER REICHERT

TESOURARIA: DATA DE PAGTO: 08/06  
 CHEQUE Nº: 00173 mes 6  
 BANCO: 3932  
 TESOUREIRO:

EMITIDO: 07/02/17  
 LIQUIDAÇÃO:    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 IRREVOGAVEL QUITAÇÃO

EM:    NOME/CPF:    ASSINATURA:



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

**CNPJ: 76.017.466/0001-61**

**NOTA DE LIQUIDAÇÃO:** 005178      **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,      31 de Maio      de 2017.



Tabuleiro II

# PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS

Estado do Paraná  
Secretaria de Saúde

## DECLARAÇÃO

Matinhos, 01 de junho de 2017.

Eu, Gabriel Augusto Beal, Médico, portador do CRM-RO Nº **37823/PR** e CPF. Nº 053.771.719-69, 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 junho de 2017, conforme decreto Nº **059/2014**.

Sem mais, coloco-me a disposição.

Atenciosamente  
Dr. Gabriel Beal  
Médico  
CRM/PR 37823  
Gabriel Augusto Beal  
CRM-RO-37823

09/06/2017

- BANCO DO BRASIL -

10:32:06

## 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:

08/06/2017

NÚMERO DO DOCUMENTO:

002312000000

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: 7.DC1.744.FBB.A94.80A