



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 28.846.0000.0.008.3390.93.01.00	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE INDENIZACOES	Nº CONTA 3770
CREDOR 9335-JOSAFÁ DINIZ DE ARAUJO FILHO	CPF/CNPJ 017.546.171-66	
ENDEREÇO	FONE	CIDADE
LICITAÇÃO Nao se Aplica	NÚMERO 034/2017	PROC. COMPRA 09.01.17
		EMISSÃO 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 Ministerio da Saude-Programa Mais Medicos-Decreto 059/2014, cfe. oficio 034/2017: Janeiro a Dezembro/2017.	2.500,00	30.000,00

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

CONFEBENTE
[Signature]
IVO MENDES JÚNIOR
CRC/PR 047.434/O-2

TESOURARIA
DATA DE PAGTO 08/06/17
CHEQUE Nº 00 173 mes 6
BANCO 3930
[Signature]
TESOUREIRO

ORDENADOR DA DESPESA
[Signature]
Prefeito Municipal
RUY HAUER REICHERT

EMITIDO 09/01/17
LIQUIDAÇÃO 1/1
[Signature]
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
RUA PASTOR ELIAS ABRAHÃO, 22

CNPJ: 76.017.466/0001-61

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 005179 **EMPENHO:** 000340/17 Ordinário

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: Não 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.



leuhs

PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS

Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

DECLARAÇÃO

Matinhos, 01 de junho 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 junho 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

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:

002313000000

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: B.343.276.CB0.4B5.DE9