

# 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  
000338/17 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 9187-MIRIANA DE LIMA ALVES CPF/CNPJ 067.466.399-32  
ENDEREÇO Rua: prof. Sebastiao Parana - da FONE CIDADE Curitiba PR

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

VALOR ORÇADO 120.000,00 SALDO ANTERIOR 90.000,00 VALOR DO EMPENHO 30.000,00 SALDO ATUAL 60.000,00

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

CONFERENTE  IVO MENDES JÚNIOR CRC/PR 047.434/O-2 TESOUREIRO	ORDENADOR DA DESPESA  Prefeito Municipal RUY HAUER REICHERT
DATA DE PAGTO 08/06 CHEQUE Nº 00173 nls 6 BANCO 3930 	EMITIDO 09/01/17 LIQUIDAÇÃO 1/1 

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:** 005184    **EMPENHO:** 000338/17    **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:** 9187 MIRIANA DE LIMA ALVES

**CNPJ/CPF:** 067.466.399-32  
 Curitiba

**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.

Seridazinho.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS

Estado do Paraná  
Secretaria de Saúde

## DECLARAÇÃO

Matinhos, 01 de junho de 2017.

Eu, MIRIANA DE LIMA ALVES, Medica, portadora do **CRM/PR** N° 031827, **RG**. N°9.229.751-9 **CPF** N° 067.466.399-32, 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 **N° 059/2014**.

Sem mais, coloco-me a disposição.

Atenciosamente

*Dra. Miriana de Lima Alves*  
MÉDICA - CRM PR 31827

MIRIANA DE LIMA ALVES  
CRM N°031827

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:**

**002316000000**

**VALOR TOTAL:**

**2.500,00**

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

**CLIENTE: MIRIANA DE LIMA ALVES**

**BANCO : 001 - Banco do Brasil S.A.**

**AGÊNCIA : 8.005-5**

**CONTA : 00.000.070.403-2**

=====

**Nr. Autenticação: 0.E1A.B88.F17.73C.A44**



# 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](mailto:financas@matinhos.pr.gov.br)

## NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho/Tipo  
003378/17 Ordinário Orcamentario

ORÇÃO  
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

CREDORES  
9433-KARLIANE COSTA MARINHO CPF/CNPJ 995.584.323-34  
Avenida Paranagua 966 Balneario FONE CIDADE Matinhos PR

LICITAÇÃO Nao se Aplica NÚMERO SOLICITAÇÃO OFC.302/17 PROC. COMPRA EMISSÃO 28.04.17 28.04.17

VALOR ORÇADO 240.000,00 SALDO ANTERIOR 36.634,64 VALOR DO EMPENHO 20.000,00 SALDO ATUAL 16.634,64

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	8	Me	Ajuda de custo cedida pelo Ministério da Saude-Programa Mais Medicos-Decreto 059/2014, cfe.oficio 034/2017:Janeiro a Dezembro/2017.	2.500,00	20.000,00

CONTRATO REDUZIDA 03771  
FONTE DE RECURSO 303-Saude - Receitas Vinculadas (EC 29/00) TOTAL LIQUIDO 20.000,00

CONFERENTE  
  
IVO MENDES JÚNIOR  
CRC/PR 047.434/0-2  
TESOURARIA  
DATA DE PAGTO 08/06  
CHEQUE Nº 00173 nos 6  
  
TESOUREIRO

ORDENADOR DA DESPESA  
  
Prefeito Municipal  
RUY HAUER REICHERT  
EMITIDO 28/04/17  
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**  
**RUA PASTOR ELIAS ABRAHÃO, 22**

**CNPJ: 76.017.466/0001-61**

**NOTA DE LIQUIDAÇÃO:** 005180    **EMPENHO:** 003378/17    **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:** 9433 KARLIANE COSTA MARINHO    **CNPJ/CPF:** 995.584.323-34  
 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.

marque seco



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS  
ESTADO DO PARANÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

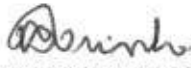
**DECLARAÇÃO**

Matinhos, 01 de junho 2017.

Eu, **KARLIANE COSTA MARINHO**, Medica, portadora do RMS 4101157, cedida pelo Ministério da Saúde no Programam Mais Médico. Declaro que recebi da Secretária de Saúde de Matinhos/Pr., a importância no valor de R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais), referente ao pagamento da ajuda de custo no mês de junho/2017, conforme Decreto nº 059/2014.

Sem Mais, coloco-me a sua disposição.

Atenciosamente

  
**KARLIANE COSTA MARINHO**  
RMS Nº 410157/PR

Dra. Karliane Costa Marinho  
Médica  
RMS: 4101157/PR



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: 002315000000

VALOR TOTAL: 2.500,00

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

CLIENTE: KARLIANE COSTA MARINHO

BANCO : 001 - Banco do Brasil S.A.

AGÊNCIA : 4.405-9

CONTA : 00.000.006.062-3

=====

Nr. Autenticação: E.AE5.5A8.2AA.919.BA8