



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 UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
DOT. 28.846.0000.0.008.3390.93.01.00 INDENIZACOES Nº CONTA 3770

CREADOR 9335-JOSAFÁ DINIZ DE ARAUJO FILHO CPF/CNPJ 017.546.171-66

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

<p>CONFERENTE</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>IVO MENDES JÚNIOR CRCIPR 047.434/0-2</p>	<p>ORDENADOR DA DESPESA</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Prefeito Municipal RUY HAUER REICHERT</p>
<p>TESOURARIA</p> <p>DATA DE PAGTO 05/10</p> <p>CHEQUE Nº 00326</p> <p>BANCO 3930</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>TESOUREIRO</p>	<p>EMITIDO 09/01/17</p> <p>LIQUIDAÇÃO 11</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>EMITENTE</p>

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: 11 _____ NOME/CPF _____ ASSINATURA _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício Nº.034 /2017- SMS/

Matinhos, 11 de janeiro de 2017.

Excelentíssimo Senhor
RUY HAUER REICHERT
MD. Prefeito Municipal de Matinhos
Matinhos- Paraná

Excelentíssimo Senhor,

Pelo presente solicitamos a Vossa Excelência, a anuência para realização de empenho, para pagamento do programa (**MAIS MÉDICOS**) referente ao pagamento ajuda de custo para o ano de 2017. Conforme abaixo descrito.

NOME	CPF	VALOR MENSAL	TOTAL PARA 2017
Dr. ^a Miriana de Lima Alves	067.466.399-32	2.500,00	30.000,00
Dr. ^a Olinda Zélia Bagatelli	010.080.719-43	2.500,00	30.000,00
Dr. ^o Josafa Diniz De Araujo Filho	017.546.171-66	2.500,00	30.000,00
Valor total do empenho para o ano de 2017			R\$ 90.000,00

Atenciosamente,

AUTORIZO
CUMPRIDAS AS FORMALIDADES
LEGAIS

DATA: 11/01/17

Ruy Hauer Reichert
Prefeito Municipal

Para de cumprir seu pagamento de ajuda de custo dos médicos

Dejaire Alves de Camargo
Secretário de Controle Interno
CPF: PR 0466910-9

X



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS

Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

DECLARAÇÃO

Matinhos, 02 de outubro de 2017.

Eu, **JOSAFÁ DINIZ DE ARAUJO FILHO**, Medico, portadora do **CRM/PR N° 34.405 PR**, **CPF. N° 017.546.17166 RG N° 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 outubro de 2017, conforme decreto **N° 059/2014**.

Sem mais, coloco-me a disposição.

Atenciosamente,

Josafá Diniz De Araujo Filho
MÉDICO
CRM 34405/PR

JOSAFÁ DINIZ DE ARAUJO FILHO

MEDICO-CRM N° 34.405



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

CNPJ: 76.017.466/0001-61

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 010544 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 Saúde - 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, 02 de Outubro de 2017.

09/10/2017

- BANCO DO BRASIL -

14:10:09

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:

05/10/2017

NÚMERO DO DOCUMENTO:

004537000000

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: 5.0B2.7FC.B52.8EE.276