



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: finanças@matinhos.pr.gov.br

NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho/Tipo
 003378/17 Ordinário Orcamentario

ORGÃO 17-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 9433-KARLIANE COSTA MARINHO Avenida Paranagua 966 Balneario	CPF/CNPJ 995.584.323-34 CIDADE Matinhos	PR
ENDEREÇO LICITAÇÃO NÃO 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 Ministerio 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/O-2	ORDENADOR DA DESPESA Prefeito Municipal RUY HAUER REICHERT
TESOURARIA DATA DE PAGTO 05/10 CHEQUE Nº 00326 TESOUREIRO	EMITIDO 28/04/17 LIQUIDAÇÃO 11 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: 11 _____ NOME/CPF _____ ASSINATURA _____

600 001
 08 - 4403-9
 00.0067 - 2

UBS Marinho

28/04/2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS
Secretaria municipal de saúde

Ofício Nº302 /2017- SMS

Matinhos, 28 de Abril de 2017.

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

Pelo presente solicitamos a Vossa Excelência, a anuência para realização de empenho, para pagamento de ajuda de custo em nome de **KARLIANE COSTA MARINHO, CPF Nº 995.584.323-34**, cedida pelo Programa (**MAIS MÉDICOS**), Conforme decreto Nº **059/2014**, referente ao período de 02/05 a 31/12/2017 para o ano de 2017 no valor de R\$ 2.500,00(dois mil e quinhentos reais) mensais.

BANCO DO BRASIL
AG. 4405-9 – C/C: 6062-3

Atenciosamente,

DEJAIRE ALVES DE CAMARGO
Secretário de Saúde

Av. ... 302



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Prezado Profissional Médico,

Este é seu comprovante de inscrição no programa MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL.

Sua inscrição será considerada válida quando preenchidas todas as informações obrigatórias e anexados os documentos exigidos na forma do Edital. Para efeito de seleção será considerada como válida, a última data de escolha de municípios.

Importante! Os médicos inscritos no programa deverão participar do processo de escolha de municípios nos prazos previstos no cronograma publicado no endereço eletrônico <http://maismedicos.saude.gov.br>

Código de Inscrição:	459410
Programa:	MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL
Edital:	Edital nº 19 de 10 de Novembro de 2016
Ciclo:	13º Ciclo - Mais Médicos
Perfil de Inscrição:	Profissional médico brasileiro formado em instituição estrangeira com habilitação para o exercício da medicina no exterior
Nome:	KARLIANE COSTA MARINHO
CPF:	995.584.323-34
Nacionalidade:	BRASIL
País de Atuação:	PARAGUAI
Data da Inscrição:	06/02/2017 03:44:08

Eu, KARLIANE COSTA MARINHO, declaro, sob as penas da lei, que as informações e documentos por mim inseridos no cadastro do SGP/MS são verídicas e correspondem ao perfil profissional da minha inscrição.

(*) O art. 299 do Código Penal Brasileiro tipifica como crime a falsidade ideológica.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS
ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Matinhos, 02 de outubro 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 outubro/2017, conforme Decreto nº 059/2014.

Sem Mais, coloco-me a sua disposição.

Atenciosamente
Dra. Karliane Coste
Medica
RMS: 4101157/PR
KARLIANE COSTA MARINHO
RMS Nº 410157/PR



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

CNPJ: 76.017.466/0001-61

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 010543 EMPENHO: 003378/17 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: 9433 KARLIANE COSTA MARINHO

CNPJ/CPF: 995.584.323-34
 Matinhos

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, 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:

004539000000

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: C.D7A.41E.906.2A3.44D