

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

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

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

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

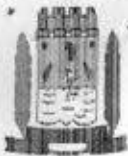
ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	12	1	Ajuda de custo cedida pelo Ministério da Saude-Programa Mais Medicos-Decreto 059/2014, cfe. oficio 034/2017:Janeiro a Dezembro/2017.	2.500,00	30.000,00

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

CONFERENTE IVO MENDES JÚNIOR CRC/PR 047.434/0-2	ORDENADOR DA DESPESA Prefeito Municipal RUY HAUER REICHERT
TESOUREIRA DATA DE PAGTO 08/09 CHEQUE Nº 00288 BANCO 3930 TESOUREIRO	EMITIDO 09/01/17 LIQUIDAÇÃO 1/1 EMITENTE

DECLARO(AMOS) PARA OS DEVIDOS FINS QUE RECEBI(EMOS) A IMPORTANCIA DESTA GUIA DE PAGAMENTO, CORRESPONDENTE AO ACIMA DESCRITO, E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGAVEL QUITACAO

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: 009172 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: 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, 30 de Agosto de 2017.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS
Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

DECLARAÇÃO

Matinhos, 01 de setembro de 2017.

Eu, **JOSAFÁ DINIZ DE ARAUJO FILHO**, Médico, 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 Médico. 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 setembro 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

11/09/2017

- BANCO DO BRASIL -

5:51:38

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:

08/09/2017

NÚMERO DO DOCUMENTO:

004044000000

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: 8.8D8.601.A41.935.61F