



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
003378/17 Ordinário Orcamentario

ORÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE UNIDADE ORÇAMENTÁRIA
01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
DGT. 28.846.0000.0.008.3390.93.01.00 INDENIZACOES Nº CONTA 3770

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

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 LÍQUIDO 20.000,00

<p>CONFERENTE</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>IVO MENDES JÚNIOR CRC/PR 017.4340-2</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 08/09</p> <p>CHEQUE Nº 03 288 mes 9</p> <p>3933</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>TESOUREIRO</p>	<p>EMITIDO 28/04/17</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

Nome/CPF Assinatura

Handwritten notes and signatures at the bottom of the page.



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

CNPJ: 76.017.466/0001-61

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 009173 **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, 30 de Agosto de 2017.



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

DECLARAÇÃO

Matinhos, 01 de setembro 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 setembro/2017, conforme Decreto nº 059/2014.

Sem Mais, coloco-me a sua disposição.

Atenciosamente

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

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:

004046000000

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.5F8.1E2.01A.799.DFB