



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: 3971-6006

Fax: 3971-6006 E-mail: financas@matinhos.pr.gov.br

NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho/Tipo
007415/17 Ordinário Orcamentario

ORGÃO 12-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
DOT. 28.846.0000.0.008.3390.93.99.02 TFD - Tratamento Fora do Do	
Nº CONTA 3770	

CREDOR 9660-CLARINDO JOSE NEPOMUCENO	CPF/CNPJ 655.780.409-00
ENDEREÇO Rua: Olaria 35 Sertaozinho	CIDADE Matinhos PR

LICITAÇÃO Nao se Aplica	NÚMERO	SOLICITAÇÃO SEC.SAUDE	PROC. COMPRA	EMISSÃO 18.09.17	18.09.17
----------------------------	--------	--------------------------	--------------	---------------------	----------

VALOR ORÇADO 240.000,00	SALDO ANTERIOR 5.572,26	VALOR DO EMPENHO 445,50	SALDO ATUAL 5.126,76
----------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------------------

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1	1	Pagamento de reembolso do paciente que se encontra em tratamento especializado fora do do micilio-TFD.Intra-estadual,cfe. oficio:0.642/SMS/2017. REFERENTE:09 DIAS/AGOSTO/2017	445,50	445,50

CONTRATO	REDUZIDA 05069
----------	-------------------

FONTE DE RECURSO 303-Saude - Receitas Vinculadas (EC 29/00)	TOTAL LÍQUIDO 445,50
--	-------------------------

CONFERENTE Nº do Despesador C/C PR 147.4410-2 TESOURARIA DATA DE PAGTO 20/09 CHEQUE Nº OF 882 BANCO 3930 TESOUREIRO 	ORDENADOR DA DESPESA Prefeito Municipal RUY HAUER REICHERT EMITIDO 18/09/17 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
Secretaria de Saúde

Ofício nº. 0.642/SMS/2017

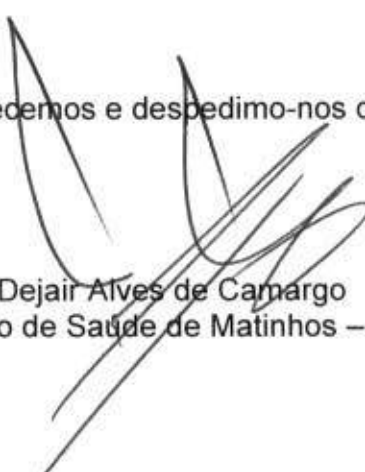
Matinhos, 15 de setembro de 2017.

Senhor Prefeito;

Cumprimentamos Vossa Senhoria e solicitamos a realização de Empenho para pagamento de reembolso no valor de R\$ 445,50 (quatrocentos e quarenta e cinco reais) em nome do Sr. CLARINDO JOSE NEPOMUCENO, portador do RG: 3.649.2759, residente e domiciliado na Rua Olaria, nº 35, Sertãozinho – Matinhos/Pr., referente à 09 (nove) dias do mês de agosto/2017, que encontra -se em tratamento especializado por tempo indeterminado fora do domicílio-TFD. Intra-estadual, Portaria nº 055/99/MS, atualizada pela Portaria nº 2.488/2007 e Resolução nº 019/2017 – CMS de Matinhos/Pr.

DADOS BANCÁRIOS:
CAIXA ECONOMICA
AG: 3293 OP 013
C/C: 5457-1

Contando com seu apoio, agradecemos e despedimo-nos com apreço e respeito.


Dejaír Alves de Camargo
Secretário de Saúde de Matinhos – Paraná

Exmo. Sr.
Ruy Hauer Reichert
DD. Prefeito de Matinhos – Pr.

AUTORIZO
CUMPRIDAS AS FORMALIDADES LEGAIS
DATA 15/09/17
Ruy Hauer Reichert
Prefeito Municipal

Av. Juscelino K. de Oliveira, 900 – Centro – Matinhos – Paraná.

Telefones: (41) 3971 6120 – 39716128

FAX: (41) 3971 6157

CEP 83.260-000

www.matinhos.pr.gov.br

secsaude@matinhos.pr.gov.br



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

CNPJ: 76.017.466/0001-61

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 009941 EMPENHO: 007415/17 Ordinário

Órgão: 12 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Dotação: 288460000 0 008 339 93.00.00 TFD - Tratamento Fora do Dom 05069
Projeto/Atividade: PAGAMENTOS DE INDENIZACOES E RESTITUICOES

Credor: 9660 CLARINDO JOSE NEPOMUCENO **CNPJ/CPF:** 655.780.409-00
 Matinhos

Licitação: Nao se Aplica

Objeto da Despesa: TFD - Tratamento Fora do Domic INDENIZACOES E RESTITUICOES
Valor da Liquidação: R\$ 445,50 (quatrocentos e quarenta e cinco reais e *****
 cinquenta centavos*****

Retenções:

Total das Retenções:

VALOR LIQUIDO: 445,50

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\$ 445,50 (quatrocentos e quarenta e cinco reais e *****cinquenta centavos*****

descontando as deduções cabíveis de R\$ em conformidade com a Lei.

Matinhos, 20 de Setembro de 2017.