



# 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  
000122/18 Ordinário Orcamentario

ÓRGÃO 12-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Nº CONTA 3770
DOT. 28.846.0000.0.010.3390.93.03.02 INDENIZACOES - MAIS MEDICOS		

CREDOR 9357-GABRIEL AUGUSTO BEAL	CPF/CNPJ 053.771.719-69	CIDADE Matinhos	PR
ENDEREÇO Rua: Sao Matheus 279 Centro	FONE		

LICITAÇÃO Nao se Aplica	NÚMERO	SOLICITAÇÃO OF. 016/20	PROC. COMPRA	EMIÇÃO 08.01.18	08.01.18
----------------------------	--------	---------------------------	--------------	--------------------	----------

VALOR ORÇADO 426.000,00	SALDO ANTERIOR 303.278,00	VALOR DO EMPENHO 30.000,00	SALDO ATUAL 273.278,00
----------------------------	------------------------------	-------------------------------	---------------------------

ITEI	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	12	1	Ajuda de custo cedida pelo Ministerio da Saude-Programa Mai Medicos-Decreto 059/2014, cfe. Oficio 034/2017: Janeiro a Dezembro/2018.	2500,0000	30.000,00

CONTRATO	REDUZIDA 05125
----------	-------------------

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

<b>CONFERENTE</b>  V. MENDES JÚNIOR CRC/PR 047.434/O-2	<b>ORDENADOR DA DESPESA</b>  Prefeito Municipal RUY HAUER REICHERT
<b>TESOURARIA</b> DATA DE PAGTO 10/05 CHEQUE Nº 03 116 mes 5 BANCO 3930	EMITIDO 08/01/18 LIQUIDAÇÃO 1/1
<b>TESOUREIRO</b> 	<b>EMITENTE</b> 

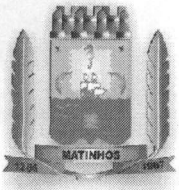
**RECIBO**

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**

**DECLARAÇÃO**

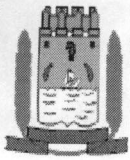
Matinhos, 02 de maio de 2018.

Eu, Gabriel Augusto Beal, Medico, portador do CRM/PR. Nº **37823/PR** e CPF. Nº 053.771.719-69, 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 maio de 2018, conforme decreto Nº **059/2014**.

Sem mais, coloco-me a disposição.

Atenciosamente

  
D. Gabriel Beal  
Médico  
CRM/PR 37823  
Gabriel Augusto Beal  
CRM-PR 37823



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

**CNPJ: 76.017.466/0001-61**

**NOTA DE LIQUIDAÇÃO:** 004043      **EMPENHO:** 000122/18      Ordinário

**Órgão:** 12 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE      01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
**Dotação:** 288460000 0 010 339 93.00.00 INDENIZACOES - MAIS MEDICOS 05125  
**Projeto/Atividade:** PAGAMENTOS DE INDENIZACOE E RESTITUICOES

**Credor:** 9357 GABRIEL AUGUSTO BEAL

**CNPJ/CPF:** 053.771.719-69  
 Matinhos

**Licitação:** Nao se Aplica

**Objeto da Despesa:** INDENIZACOES - MAIS MEDICOS      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,      03      de Maio      de 2018.