



# 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: fincas@matinhos.pr.gov.br

## NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho/Tipo  
007452/18 Ordinário Orcamentario

ORGÃO 12-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
DOT. 28.846.0000.0.010.3390.93.02.02 RESTITUICOES - TFD Nº CONTA 3770

CREDOR 9640-ROGERIO CESAR GAGEL CPF/CNPJ 463.226.719-87  
Rua: Abel da Costa Flores 80 Ba FONE Matinhos PR  
ENDEREÇO

LICITAÇÃO Nao se Aplica NÚMERO SOLICITAÇÃO SEC SAUDE PROC. COMPRA EMISSÃO 05.10.18 05.10.18

VALOR ORÇADO 426.000,00 SALDO ANTERIOR 149.980,66 VALOR DO EMPENHO 297,00 SALDO ATUAL 149.683,66

ITEI	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1	1	Pagamento de reembolso do paciente, que encontra-se em tratamento especializado fora do domicilio-TFD, Intra- Estadual Portaria:055/99/MS atualizada pela Portaria: 2.488/2007 e Resolucao: 019/2017-CMS de matinhos - Pr, cfe. oficio: 11/2018-TFD/HNSH-2018.	297,0000	297,00

CONTRATO REDUZIDA 05123

FONTE DE RECURSO 303-Saude - Receitas Vinculadas (EC 29/00) TOTAL LÍQUIDO 297,00

CONFERENTE  
  
ALBERTINA MARIA DERETTI  
ORC/PR-036286/O-0

TESOURARIA  
DATA DE PAGTO 10/10/18  
CHEQUE Nº OF 1137  
BANCO 3930  
  
TESOUREIRO

ORDENADOR DA DESPESA  
  
Prefeito Municipal  
RUY HAUER REICHERT

EMITIDO 05/10/18  
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 nº011/2018 - TFD/ HNSN. 2018

Matinhos, 28 de Setembro de 2018.

**Senhor Prefeito**

Cumprimentamos Vossa Senhoria e solicitamos a realização de empenho para pagamento de reembolso de **12 ( DOZE )** diárias no valor total de **R\$ 297,00** (duzentos e noventa e sete reais) em nome do **Sr. ROGÉRIO CESAR GAGEL**, portador do RG: 4017064-2, residente e domiciliado na Rua Abel da Costa Flores, nº 80, Balneário Guaciara – Matinhos/PR, referente ao tratamento especializado por tempo indeterminado fora do domicílio-TFD. Intra-estadual, Portaria nº 055/99/MS e Resolução nº 019/2017 – CMS de Matinhos/Pr. Conforme documentos em anexo.

**FONTE DE RECURSO: 303 – auxilio – alimentação – c/c:18.156-0**

**DADOS BANCÁRIOS:**

CAIXA ECONOMICA

AG: 0373-001

C/C: 23375-4

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

**Claudir Lourenço**

**Secretário Municipal de Saúde - Decreto nº 355/2018**

AUTORIZO  
CUMPRIDAS AS FORMALIDADES LEGAIS  
DATA: 05/10/18

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

Ruy Hauer Reichert  
Prefeito Municipal

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

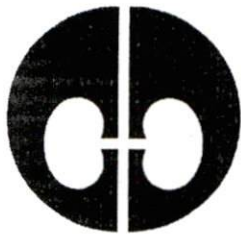
Telefones: (41) 3971 6120 – 39716128

FAX: (41) 3971 6157

CEP 83.260-000

[www.matinhos.pr.gov.br](http://www.matinhos.pr.gov.br)


[secsaude@matinhos.pr.gov.br](mailto:secsaude@matinhos.pr.gov.br)



**Instituto do Rim  
do Paraná**

Curitiba, 28 de SETEMBRO de 2018.

Prezados,

Por meio deste, declaro para os devidos fins que o Paciente ROGERIO CESAR GAGEL, é Paciente Renal Crônico em Hemodiálise e realizou devidamente sua HD nos dias 03,05,07,10,12,14,17,19,21,24,26, e 28/09/2018 no Instituto do Rim do Paraná, situada na Rua Buenos Aires, 792- Batel, Curitiba/PR. 

Desde já agradeço e me coloco a disposição, para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente

  
**Claudiane L. Reimer Kern**  
**Assistente Social**  
**CRESS 9455**  
**Telefone 99782-9761**



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

**CNPJ: 76.017.466/0001-61**

**NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 010536 EMPENHO: 007452/18 Ordinário**

**Órgão:** 12 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
**Dotação:** 288460000 0 010 339 93.00.00 RESTITUICOES - TFD 05123  
**Projeto/Atividade:** PAGAMENTOS DE INDENIZACOE E RESTITUICOES

**Credor:** 9640 ROGERIO CESAR GAGEL

**CNPJ/CPF:** 463.226.719-87  
 Matinhos

**Licitação:** Nao se Aplica

**Objeto da Despesa:** RESTITUICOES - TFD INDENIZACOES E RESTITUICOES  
**Valor da Liquidação:** R\$ 297,00 (duzentos e noventa e sete reais\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
**Retenções:**

**Total das Retenções:**

**VALOR LIQUIDO: 297,00**

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\$ 297,00 (duzentos e noventa e sete reais\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*

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

Matinhos, 08 de Outubro de 2018.