



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
007453/18 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 9648-UBALDINO SILVA DA CRUZ CPF/CNPJ 391.240.379-15
ENDEREÇO Rua: Olaria 170 Sertaozinho FONE Cidade Matinhos PR

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

VALOR ORÇADO 426.000,00 SALDO ANTERIOR 149.683,66 VALOR DO EMPENHO 297,00 SALDO ATUAL 149.386,66

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: 10/2018-TFD/HNSH-2018.	297,0000	297,00

CONTRATO REDUZIDA 05123

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

CONFERENTE

ALBERTINA MARIA DERETTI
CRC/PR 030286/O-0

TESOURARIA
DATA DE PAGTO 10/10/18
CHEQUE Nº OF 1136
BANCO 3930

TESOUREIRO

ORDENADOR DA DESPESA

Prefeito Municipal
RUY HAUER REICHERT

EMITIDO 05/10/18
LIQUIDAÇÃO

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: / / NOME/CPF ASSINATURA



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS

Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

Ofício nº. 010/2018 - 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. UBALDINO SILVA DA CRUZ**, portador do RG: 581.581-9, residente e domiciliado na Rua Olaria, nº 170, Sertãozinho – 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: 0370 OP 013

C/C: 00113537-0

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

Claudir Lourenço
Secretario Municipal de Saúde – Decreto 355/2018

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

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

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



**Instituto do Rim
do Paraná**

Curitiba, 28 de SETEMBRO de 2018.

Prezados,

Por meio deste, declaro para os devidos fins que o Paciente UBALDINO SILVA DA CRUZ, 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: 010535 EMPENHO: 007453/18 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: 9648 UBALDINO SILVA DA CRUZ CNPJ/CPF: 391.240.379-15
 Matinhos

Licitação: Não 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.