



**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: 3971-8006  
Fax: 3971-6006 E-mail: financas@matinhos.pr.gov.br

**NOTA DE EMPENHO**

Nº do Empenho/Tipo  
007073/18 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

CREADOR 9977-GINA GLACI MARQUES BARBOSA CPF/CNPJ 768.049.339-15  
ENDEREÇO Rua:Gina Marques Barbosa 33 Tab. FONE 3473-9096 CIDADE Matinhos PR

LICITAÇÃO Nao se Aplica NÚMERO SOLICITAÇÃO SEC SAUDE PROC. COMPRA EMISSÃO 24.09.18 24.09.18

VALOR ORÇADO 426.000,00 SALDO ANTERIOR 154.881,16 VALOR DO EMPENHO 544,50 SALDO ATUAL 154.336,66

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: 076/S. Social/HNSH-2018.	544,5000	544,50

CONTRATO REDUZIDA 05123

FONTE DE RECURSO 303-Saude - Receitas Vinculadas (EC 29/00) TOTAL LÍQUIDO 544,50

<p>CONFERENTE</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>ALBERTINA MARIA DERETTI CRC/PR-036286/O-0</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 27/09/18</p> <p>CHEQUE Nº 03 288</p> <p>BANCO 3930</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>TESOUREIRO</p>	<p>EMITIDO 24/09/18</p> <p>LIQUIDAÇÃO / /</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>EMITENTE</p>

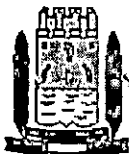
RECIBO

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

EM: / /

\_\_\_\_\_  
NOME/CPF

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA



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

**CNPJ: 76.017.466/0001-61**

**NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 010048 EMPENHO: 007073/18 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:** 9977 GINA GLACI MARQUES BARBOSA **CNPJ/CPF:** 768.049.339-15  
 Matinhos

**Licitação:** Não se Aplica

**Objeto da Despesa:** RESTITUICOES - TFD INDENIZACOES E RESTITUICOES  
**Valor da Liquidação: R\$** 544,50 (quinhentos e quarenta e \*\*quatro reais e \*\*\*\*\*  
 \*\*cinquenta centavos\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*

**Retenções:**

**Total das Retenções:**

**VALOR LIQUIDO** 544,50

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\$ 544,50 (quinhentos e quarenta e \*\* quatro reais e \*\*\*\*\*cinquenta centavos\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*

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

Matinhos, 25 de Setembro de 2018.