

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: finanzas@matinhos.pr.gov.br

NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho/Tipo
 000153/19 Ordinário Orcamentario

ÓRGÃO 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 9773-ALVENIR PEDROSO ARAUJO HOLOWKA CPF/CNPJ 201.391.369-91
 ENDEREÇO Rua: Guapuruvu 184 Rio da Onca FONE Matinhos PR
 CIDADE

LICITAÇÃO Nao se Aplica NÚMERO SOLICITAÇÃO SEC SAUDE PROC. COMPRA EMISSÃO 10.01.19 10.01.19

VALOR ORÇADO 460.880,00 SALDO ANTERIOR 456.573,50 VALOR DO EMPENHO 297,00 SALDO ATUAL 456.276,50

ITEI	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
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:069/2018 - TFD/HNSN 2018 FONTE-303 C/C-18156-0	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
 CRC/PR-036286/O-0

TESOURARIA
 DATA DE PAGTO 16/01/19
 CHEQUE Nº 0545
 BANCO 3930
 TESOUREIRO

ORDENADOR DA DESPESA
 Prefeito Municipal
 RUY HAUER REICHERT

EMITIDO 10/01/19
 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 nº069/2018 TFD/ HNSN - 2018

Matinhos, 14 de Dezembro 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 da **Sra. ALVENIR PEDROSO ARAUJO HOLAWKA**, esposa do paciente **Sr. DURVAL HOLAWKA**, portador do CPF Nº 321.688.459-72, residente e domiciliado na Rua Guapuruvu, nº 184, Rio da Onça – Matinhos/PR, referente ao tratamento especializado 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, conforme documentos em anexos.

O paciente não possui conta bancária e após apresentar comprovação com documentos, o reembolso deverá ser creditado em nome da esposa, **Sra. ALVENIR PEDROSO ARAUJO HOLAWKA**, portadora do CPF Nº 201.391.369-91, documentos anexo.

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

DADOS BANCÁRIOS:

BANCO DO BRASIL

AG: 3850-4

C/C: 17316-9

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

Claudir Lourenço
Secretario Municipal de Saúde -
Decreto nº 355/2018

AUTORIZO
CUMPRIDAS AS FORMALIDADES LEGAIS
DATA: 09/12/18

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

secsaude@matinhos.pr.gov.br

Curitiba, 03 de dezembro de 2018.

Declaração

Declaro para fins de recebimento de diárias de Tratamento Fora o Domicilio (T.F.D) conforme prevê a portaria SAS/MS N.055/1999 que dispõe sobre o TFD, que a usuário **Durval Holowka** RG.1.238.032 com acompanhante a Sr^a **Alvenir Pedroso Araujo Holowka** RG.933.308-8, compareceu para quimioterapia no Hospital Santa Casa de Curitiba na data de 03/12/2018.

Atenciosamente,


Kelly Mari Nunes
Assistente Social
CRESS 6861 - 11ª Região
Serviço Social

Santa Casa de Curitiba

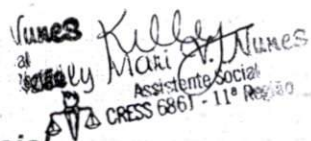
Fone: 41-3320-3548 / 3320-3758

Curitiba, 04 de dezembro de 2018.

Declaração

Declaro para fins de recebimento de diárias de Tratamento Fora o Domicilio (T.F.D) conforme prevê a portaria SAS/MS N.055/1999 que dispõe sobre o TFD, que a usuário **Durval Holowka** RG.1.238.032 com acompanhante a Sr^a **Alvenir Pedroso Araujo Holowka** RG.933.308-8, compareceu para quimioterapia no Hospital Santa Casa de Curitiba na data de 04/12/2018.

Atenciosamente,


Kelly Nunes
Assistente Social
CRESS 6867 - 11ª Região

Serviço Social

Santa Casa de Curitiba

Fone: 41-3320-3548 / 3320-3758



**SANTA
CASA**
de Curitiba

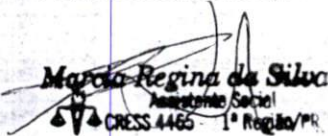
2

Curitiba, 05 de dezembro de 2018

Declaração

Declaro para fins de recebimento de diárias de Tratamento Fora o Domicilio (T.F.D), conforme prevê a portaria SAS/MS N.055/1999 – MS que dispõe sobre o TFD, (RUP 2310800) que o usuário **Durval Holowka** – R.G. 1.238.032, acompanhado pela esposa, Sra. **Alvenir Pedroso Araujo Holowka** – RG: 933.308-8 O mesmo encontra-se em tratamento especializado nesta Instituição (Consultas, Quimioterapia e Exames), compareceu no serviço da oncologia para sessões de Quimioterapia na data de hoje (05/12/2018).

Atenciosamente,


Marcia Regina de Silva
Assistente Social
CRESS 4465 - 1ª Região/PR

Serviço Social

Hospital Santa Casa de Curitiba

Fone: 41-3320-3758 e ou 41-3320-3548

Hospital Santa Casa de Curitiba
Praça Rui Barbosa, 694 | Centro | CEP 80.010-030 | Curitiba – PR
Fone (41) 3320-3500 | Fax (41) 3222-1071



**SANTA
CASA**
de Curitiba

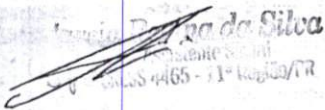
2

Curitiba, 06 de dezembro de 2018

Declaração

Declaro para fins de recebimento de diárias de Tratamento Fora o Domicilio (T.F.D), conforme prevê a portaria SAS/MS N.055/1999 – MS que dispõe sobre o TFD, (RUP 2310800) que o usuário **Durval Holowka** – R.G. 1.238.032, acompanhado pela filha, Sra. **Crislaine Aparecida Holowka** – RG: 9.325.179-2. O mesmo encontra-se em tratamento especializado nesta Instituição (Consultas, Quimioterapia e Exames), compareceu no serviço da oncologia para sessões de Quimioterapia na data de hoje (06/12/2018).

Atenciosamente,


Daniela da Silva
Serviço Social
R. Rui Barbosa, 694 - Centro - Curitiba/PR

Serviço Social

Hospital Santa Casa de Curitiba

Fone: 41-3320-3758 e ou 41-3320-3548

Hospital Santa Casa de Curitiba

Praça Rui Barbosa, 694 | Centro | CEP 80.010-030 | Curitiba – PR
Fone (41) 3320-3500 | Fax (41) 3222-1071

Curitiba, 07 de dezembro de 2018

Declaração

Declaro para fins de recebimento de diárias de Tratamento Fora o Domicílio (T.F.D), conforme prevê a portaria SAS/MS N.055/1999 – MS que dispõe sobre o TFD, (RUP 2310800) que o usuário **Durval Holowka** – R.G. 1.238.032, acompanhado pela filha, Sra. **Crislaine Aparecida Holowka** – RG: 9.325.179-2 O mesmo encontra-se em tratamento especializado nesta Instituição (Consultas, Quimioterapia e Exames), compareceu no serviço da oncologia para sessões de Quimioterapia na data de hoje (07/12/2018).

Atenciosamente,

Danielle C. Silva
Assistente Social
9622 CRESS/PR

Serviço Social

Hospital Santa Casa de Curitiba

Fone: 41-3320-3758 e ou 41-3320-3548



**SANTA
CASA**
de Curitiba

2

Curitiba, 08 de novembro de 2018

Declaração

Declaro para fins de recebimento de diárias de Tratamento Fora o Domicilio (T.F.D), conforme prevê a portaria SAS/MS N.055/1999 – MS que dispõe sobre o TFD, (RUP 2310800) que o usuário **Durval Holowka** – R.G. 1.238.032, acompanhado pela esposa, Sra. **Alvenir Pedroso Araujo Holowka** – RG: 933.308-8 O mesmo encontra-se em tratamento especializado nesta Instituição (Consultas, Quimioterapia e Exames), compareceu no serviço da oncologia para sessões de Quimioterapia na data de hoje (08/11/2018)

Atenciosamente,

Serviço Social

Hospital Santa Casa de Curitiba

Fone: 41-3320-3758 e ou 41-3320-3548

Hospital Santa Casa de Curitiba
Praça Rui Barbosa, 694 | Centro | CEP 80.010-030 | Curitiba – PR
Fone (41) 3320-3500 | Fax (41) 3222-1071



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

CNPJ: 76.017.466/0001-61

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 000113 EMPENHO: 000153/19 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: 9773 ALVENIR PEDROSO ARAUJO HOLOWKA CNPJ/CPF: 201.391.369-91
 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, 11 de Janeiro de 2019.