



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
000155/19 Ordinario 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 9774-EDISON BRUGNOLO DOS SANTOS CPF/CNPJ 022.670.809-82
 ENDEREÇO Rua: Jaguapita 126 FONE Cidade Matinhos PR

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

VALOR ORÇADO 460.880,00 SALDO ANTERIOR 455.954,75 VALOR DO EMPENHO 99,00 SALDO ATUAL 455.855,75

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:072/2018 - TFD/HNSN 2018 FONTE-303 C/C-18156-0	99,0000	99,00

CONTRATO REDUZIDA 05123

FONTE DE RECURSO 303-Saude - Receitas Vinculadas (EC 29/00) TOTAL LÍQUIDO 99,00

CONFERENTE ALBER TINA MARIA DERETTI CRC/PR-036286/O-0	ORDENADOR DA DESPESA Prefeito Municipal RUY HAUER REICHERT
TESOURARIA DATA DE PAGTO 16/01/19 CHEQUE Nº OF 47 BANCO 3930 TESOUREIRO	EMITIDO 10/01/19 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 nº. 072/2018 TFD/ HNSN - 2018

Matinhos, 19 de Dezembro de 2018.

Senhor Prefeito

Cumprimentamos Vossa Senhoria e solicitamos a realização de empenho para pagamento de reembolso de **04 (quatro) diárias**, no valor total de **R\$ 99,00** (noventa e nove reais) em nome do **Sr. EDISON BRUGNOLO DOS SANTOS**, portador do CPF: 022.670.809-82, residente e domiciliado na Rua Jaguapita, nº 126 – Matinhos/Pr., que encontra -se em tratamento especializado por tempo indeterminado 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.

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

DADOS BANCÁRIOS

CAIXA ECONOMICA

AG: 3164 OP 013

C/P: 8016-3

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

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

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

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

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE MATRIZ DE PARANÁ

Estado do Paraná
Secretaria de Saúde

Matriz de Paraná, 20 de Setembro de 2018. Nº 001/2018

Matriz de Paraná

Em atenção ao requerimento nº 001/2018, de 14 de setembro de 2018, apresentado pelo Sr. JOSÉ CARLOS DE SOUZA, residente e domiciliado em Vossa Senhoria, apresentando a seguinte situação: o requerente possui uma residência em Vossa Senhoria, onde reside com sua esposa e dois filhos, sendo que a residência não possui saneamento básico adequado, sendo necessário a instalação de uma rede de esgoto para a residência em questão.

Matriz de Paraná, 20 de Setembro de 2018.

Fonte de Recurso: 303 – auxílio – alimentação – c/c: 18.126-9

DADOS BANCÁRIOS

CAIXA ECONOMICA

AG 1141-1000

C/C: 00000000000000000000

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

Glauber Lourenço
Secretário Municipal de Saúde - Telefone nº 3352018

Exmo. Sr.
Ruy Hauer Reichert
DD - Prefeito de Matriz de Paraná



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que o(a) Sr.(a)

Edison B. Del Santo,

RG/HC nº 2392876-2

compareceu no Ambulatório de Hemato Oncologia – HC / UFPR:

- () para consulta médica
(X) para procedimentos
() para exames
() com acompanhamento do Sr.(a):

() outros _____

Curitiba, 04 de outubro de 2018

Ass/ Carimbo


Mônica T. Sniwickoski
Assistente Social
REC-1005 1^o Denú

SEÇÃO DE ATENDIMENTO EXTERNO HEMATO ONCO E TMO
Rua General Carneiro, 181 - 4º Andar - 80060-900 - Curitiba - PR.
Fone: (41) 3360.7844



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que o(a) Sr.(a)

Carlos B. de Lima
RG/HC nº 23928760

compareceu no Ambulatório de Hemato Oncologia – HC / UFPR:

- para consulta médica
 para procedimentos
 para exames
 com acompanhamento do Sr.(a):

outros _____

Curitiba 05 de Novembro de 2016

Ass/ Carimbo

Mônica T. Smircikoshi
Assistente Social
RESS nº 1095 - 1ª Região

SEÇÃO DE ATENDIMENTO EXTERNO HEMATO ONCO E TMO
Rua General Carneiro, 181 - 4º Andar - 80060-900 - Curitiba - PR
Fone: (41) 3360.7844







DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins que o(a) Sr.(a)

Edison Brugnolo dos Santos

RG/HC nº _____

compareceu no Ambulatório de Hemato Oncologia – HC / UFPR:

- para consulta médica
 para procedimentos (medicações)
 para exames
 com acompanhamento do Sr.(a):

outros _____

Curitiba, 03 de dezembro de 2018

Ass/ Carimbo

Isabela Mendes
Assistente Social
CRESS 2121 - 11ª Região

SEÇÃO DE ATENDIMENTO EXTERNO HEMATO ONCO E TMO
Rua General Carneiro, 181 - 4º Andar - 80060-900 - Curitiba – PR
Fone: (41) 3360.7844

9



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

CNPJ: 76.017.466/0001-61

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 000115 EMPENHO: 000155/19 Ordinário

Órgão: 12 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Dotação: 288463000 0 010 339 93.00.00 RESTITUICOES - TFD 05123
Projeto/Atividade: PAGAMENTOS DE INDENIZACOE E RESTITUICOES

Credor: 9774 EDISON BRUGNOLO DOS SANTOS **CNPJ/CPF:** 022.670.809-82
 Matinhos

Licitação: Não se Aplica

Objeto da Despesa: RESTITUICOES - TFD INDENIZACOES E RESTITUICOES
Valor da Liquidação: R\$ 99,00 (noventa e nove reais*****

Retenções:

Total das Retenções:

VALOR LIQUIDO: 99,00

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 Recibo, ou Recibo original, com a assinatura e identificação do credor, ou Folha de Pagamento de Pessoal elaborada pelo setor competente, ou Contrato de Diária, ou Contrato 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 - Conformidade 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 - Interessado em conformidade 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\$ 99,00 (noventa e nove reais*****

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

Matinhos, 11 de Janeiro de 2019.