

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
 000145/19 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		RESTIUTICOES - TFD	
CREDOR 10156-OLIRA BUESE ZVIR		CPF/CNPJ 619.644.929-04	
ENDEREÇO RUA PRINCIPAL 538 SAINT ETIENE		CIDADE MATINHOS PR	
LICITAÇÃO Nao se Aplica	NÚMERO	SOLICITAÇÃO SEC SAUDE	PROC. COMPRA
VALOR ORÇADO 460.880,00		SALDO ANTERIOR 459.642,50	VALOR DO EMPENHO 792,00
		SALDO ATUAL 458.850,50	
EMIÇÃO 10.01.19		10.01.19	

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:004/2019 - TFD/HNSN 2019 FONTE-303 C/C-18156-0	792,0000	792,00

CONTRATO	REDUZIDA 05123
FONTE DE RECURSO 303-Saude - Receitas Vinculadas (EC 29/00)	TOTAL LÍQUIDO 792,00

CONFERENTE ALBERTINA MARIA DERETTI CRC/PR-036286/O-0	ORDENADOR DA DESPESA Prefeito Municipal RUY HAUER REICHERT
TESOUREIRO DATA DE PAGTO 16/01/19 CHEQUE Nº 91 41 BANCO 3932 	EMITIDO 10/01/19 LIQUIDAÇÃO 1/1

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 nº004/2019 - TFD/ HNSN. 2019

Matinhos, 03 de Janeiro de 2019.

Senhor Prefeito

Cumprimentamos Vossa Senhoria e solicitamos a realização de empenho para pagamento de reembolso de **32 (trinta e duas) diárias** no valor total de **R\$ 792,00** (setecentos e noventa e dois reais) em nome da **Sra. OLIRA BUESE ZVIR**, portadora do RG: 8.807.797-0 e CPF nº 619.644.929-04, residente e domiciliada na Rua Principal, nº 538 - Saint Etienne – Matinhos/PR, referente ao tratamento especializado 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:

BANCO CAIXA ECONOMICA

AG: 0398 OP:013

C/P:120250-0

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: 03/01/2019

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

DD: Prefeito de Martinho - 41
RUA HAUER REICHERT
EXMO: SR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PREFEITO MUNICIPAL
SECRETARIA DE SAÚDE

Concedo com urgência a licença médica para o Sr. [nome] em razão de [motivo].

CEP: 83500-000

NR: 0398 - DE 013

BAIXO CUSTO ECONÔMICO

DADOS BANCÁRIOS:

FONTE DE RECURSO: 303 - auxílio - alimentação - 02.48.4.000

MARINHO, conforme documentação anexa.

- TFD: [nome] - [nome] - [nome] - [nome] - [nome] - [nome] - [nome] - [nome] - [nome] - [nome]

230 - [nome] - [nome] - [nome] - [nome] - [nome] - [nome] - [nome] - [nome] - [nome] - [nome]

80.930.340-0001 - [nome] - [nome] - [nome] - [nome] - [nome] - [nome] - [nome] - [nome] - [nome] - [nome]

[nome] e [nome] e [nome] em nome de [nome] [nome] [nome] [nome] [nome] [nome] [nome] [nome] [nome] [nome]

pagamento de [nome] de 35 (trinta e cinco) dias, a contar da data de [nome] [nome] [nome] [nome] [nome] [nome] [nome] [nome] [nome] [nome]

cancelamento. Deverá ser [nome] e [nome] a [nome] de [nome] [nome] [nome] [nome] [nome] [nome] [nome] [nome] [nome] [nome]

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - TFD: NISI: 2018

MARTINHO DE SALES - PARANÁ

SECRETARIA DE SAÚDE

Estado do Paraná

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARTINHO DE SALES



Clinirad - Clínica de Radioterapia S/C Ltda.

Rod. Do Caqui, 1150 - Araçatuba - CNPJ 00.208.932/001-24


Tel. (41) 3679-8130 Fax (41) 3679-8122

CEP 83430-000

**Hospital Angelina Caron
Departamento de Oncologia**

Campina Grande do Sul, 28 de Dezembro de 2018.

DECLARAÇÃO

Informamos para os devidos fins de recebimento de diárias de TFD, que a paciente **Olira Buese Zvir**, portador do RG 888077970, realiza tratamento especializado nesta instituição com a oncologia, em nossa unidade em Curitiba situada no Bairro Bom Retiro, Rua Roberto Barroso, 1381, conforme cronograma apresentado abaixo e Laudo Médico. 

Dias	Procedimento
27/09, 30/10, 07/11 de 2018	Consulta Médica
08, 09, 12, 13, 14, 16, 19, 21, 22, 23, 26, 27, 29, 30 de Novembro de 2018	Radioterapia
03, 04, 05, 06, 07, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20 e 21 de Dezembro de 2018	Radioterapia

Sem mais estamos a disposição para esclarecimento.

Mirian Werner
Assistente Social
CRESS 11.042

Mirian Werner
Serviço Social



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

CNPJ: 76.017.466/0001-61

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 000105 **EMPENHO:** 000145/19 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: 10156 OLIRA BUESE ZVIR **CNPJ/CPF:** 619.644.929-04
Licitação: Nao se Aplica MATINHOS

Objeto da Despesa: RESTITUICOES - TFD INDENIZACOES E RESTITUICOES
Valor da Liquidação: R\$ 792,00 (setecentos e noventa e ***dois reais*****

Retenções:

Total das Retenções:

VALOR LIQUIDO: 792,00

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\$ 792,00 (setecentos e noventa e ***dois reais*****

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

Matinhos, 11 de Janeiro de 2019.