



# 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  
000147/19 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 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 10.01.19 10.01.19

VALOR ORÇADO 460.880,00 SALDO ANTERIOR 458.207,00 VALOR DO EMPENHO 321,75 SALDO ATUAL 457.885,25

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:007/2019 - TFD/HNSN 2019  FONTE-303 C/C-18156-0	321,7500	321,75

CONTRATO REDUZIDA 05123

FONTE DE RECURSO 303-Saude - Receitas Vinculadas (EC 29/00) TOTAL LÍQUIDO 321,75

<p>CONFERENTE</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>ALBERTINA MARIA DERETTI CRC/PR-056286/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 10/01/19</p> <p>CHEQUE Nº OF 43</p> <p>BANCO 3930</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>TESOUREIRO</p>	<p>EMITIDO 10/01/19</p> <p>LIQUIDAÇÃO 1/1</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: 1/1 \_\_\_\_\_ NOME/CPF \_\_\_\_\_ ASSINATURA \_\_\_\_\_



# PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS

Estado do Paraná  
Secretaria de Saúde

Ofício nº. 007/2019 - 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 **13(TREZE)** diárias no valor total de **R\$ 321,75** (trezentos e vinte e um reais e setenta e cinco centavos) 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**

**Secretário Municipal de Saúde - Decreto nº 355/2018**

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

AUTORIZO  
CUMPRIDAS AS FORMALIDADES LEGAIS  
DATA: 09/01/2019  
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](http://www.matinhos.pr.gov.br) [secsaude@matinhos.pr.gov.br](mailto:secsaude@matinhos.pr.gov.br)





## Instituto do Rim do Paraná

Curitiba, 30 de DEZEMBRO 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 03,05,07,10,12,14,17,19,21,24,26,28, e 30/12/2018 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: 000107 EMPENHO: 000147/19 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: 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\$ 321,75 (trezentos e vinte e um \*\*reais e setenta e \*\*  
 \*\*\*cinco centavos\*\*\*\*\*  
 Retenções:

Total das Retenções:

**VALOR LIQUIDO: 321,75**

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 ~~321,75~~ (trezentos e vinte e um \*\*reais e setenta e \*\*  
 \*\*\*cinco centavos\*\*\*\*\*  
 descontando as deduções cabíveis de R\$ em conformidade com a Lei.

Matinhos, 11 de Janeiro de 2019.