

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: 3971-6046
 Fax: 3971-6046 E-mail: financas@matinhos.pr.gov.br

NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho/Tipo
003378/17 Ordinário Orcamentario

ORGÃO 12--SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE UNIDADE ORÇAMENTÁRIA 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
 DOT. 28.846.0000.0.008.3390.93.01.00 INDENIZACOES Nº CONTA 3770

CREDOR 9433-KARLIANE COSTA MARINHO CPF/CNPJ 995.584.323-34
 ENDEREÇO Avenida Paranagua 966 Balneario FONE CIDADE Matinhos PR

LICITAÇÃO Nao se Aplica NUMERO SOLICITAÇÃO OFC.302/17 PROC. COMPRA EMISSÃO 28.04.17 28.04.17

VALOR ORÇADO	SALDO ANTERIOR	VALOR DO EMPENHO	SALDO ATUAL
240.000,00	36.634,64	20.000,00	16.634,64

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	8	Me	Ajuda de custo cedida pelo Ministerio da Saude-Programa Mais Medicos-Decreto 059/2014, cfe.oficio 034/2017:Janeiro a Dezembro/2017.	2.500,00	20.000,00

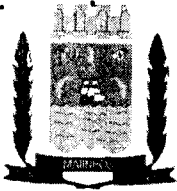
CONTRATO REDUZIDA 03771
 FONTE DE RECURSO 303-Saude - Receitas Vinculadas (EC 29/00) TOTAL LÍQUIDO 20.000,00

CONFERENTE IVO MENDES JÚNIOR CRC/PR 047.434/O-2	ORDENADOR DA DESPESA Prefeito Municipal RUY HAUER REICHERT
TESOURARIA DATA DE PAGTO 07/12 CHEQUE Nº 00393 mes 12 TESOUREIRO	EMITIDO 28/04/17 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

600 001
 12/04/2017
 00393 mes 12



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS
Secretaria municipal de saúde

Ofício Nº302 /2017- SMS

Matinhos, 28 de Abril de 2017.

Exmo. Senhor
RUY HAUER REICHERT
MD. Prefeito Municipal de Matinhos
Matinhos- Paraná

Pelo presente solicitamos a Vossa Excelência, a anuência para realização de empenho, para pagamento de ajuda de custo em nome de **KARLIANE COSTA MARINHO, CPF Nº 995.584.323-34**, cedida pelo Programa (**MAIS MÉDICOS**), Conforme decreto **Nº 059/2014**, referente ao período de 02/05 a 31/12/2017 para o ano de 2017 no valor de R\$ 2.500,00(dois mil e quinhentos reais) mensais.

BANCO DO BRASIL
AG. 4405-9 – C/C: 6062-3

Atenciosamente,

DEJAIR ALVES DE CAMARGO
Secretário de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS
ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

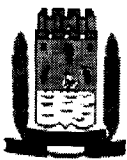
DECLARAÇÃO

Matinhos, 01 de dezembro 2017.

Eu, **KARLIANE COSTA MARINHO**, Médica, portadora do RMS 4101157, cedida pelo Ministério da Saúde no Programam Mais Médico. Declaro que recebi da Secretária de Saúde de Matinhos/Pr., a importância no valor de R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais), referente ao pagamento da ajuda de custo no mês de dezembro/2017, conforme Decreto nº 059/2014.

Sem Mais, coloco-me a sua disposição.

Atenciosamente
Dra. Karliane Costa Marinho
Médica
RMS: 4101157/PR
KARLIANE COSTA MARINHO
RMS Nº 410157/PR



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

CNPJ: 76.017.466/0001-61

NOTA DE LIQUIDAÇÃO: 013301 **EMPENHO:** 003378/17 Ordinário

Órgão: 12 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Dotação: 288460000 0 008 339 93.00.00 INDENIZACOES 03771
Projeto/Atividade: PAGAMENTOS DE INDENIZACOES E RESTITUICOES

Credor: 9433 KARLIANE COSTA MARINHO **CNPJ/CPF:** 995.584.323-34
Licitação: Nao se Aplica Matinhos

Objeto da Despesa: INDENIZACOES INDENIZACOES E RESTITUICOES
Valor da Liquidação: R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos ****reais*****

Retenções:

Total das Retenções:

VALOR LIQUIDO: 2.500,00

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\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos ****reais*****

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

Matinhos, 05 de Dezembro de 2017.

11/12/2017

- BANCO DO BRASIL -

8:41:18

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTOS: CRÉDITO EM CONTA CORRENTE

CLIENTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE MATINHOS

AGÊNCIA: 3850-4

CONTA: 00.000.018.156-0

=====

DATA DA TRANSFERÊNCIA: 07/12/2017

NÚMERO DO DOCUMENTO: 005754000000

VALOR TOTAL: 2.500,00

******* TRANSFERIDO PARA :**

CLIENTE: KARLIANE COSTA MARINHO

BANCO : 001 - Banco do Brasil S.A.

AGÊNCIA : 4.405-9

CONTA : 00.000.006.062-3

=====

Nr. Autenticação: 2.DF2.88B.5CD.EFF.1C2