

Estado do Parana
Prefeitura Munic. Tres Barras do Parana
Secretaria de Financas
Contadoria Geral do Municipio
CNPJ 78.121.936/0001-68

001499/15 Ordinario Orcamentario

Orgao: 07 SECRETARIA DE SAUDE
Dotacao: 103020021.2.017.3390.14.00.00
Desdobramento: 3390.14.14.01
Credor: 1750 ARI BUZIN
Banco: 237 Ag: 303 C/C:006521
Endereco: RUA DAS HORTENCIAS 350 CENTRO

Unid: 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
DIARIAS - PESSOAL CIVIL Conta: 206
SERV. EFETIVOS Conta: 727
CGC: 615.415.329-53
Fone: TRES BARRAS DO PARAN

Dispensada por L Emissao:13.03.15 Vencimento:13.03.15
---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior-- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---
11.000,00 10.546,00 80,00 10.466,00

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1	1		Valor ref. despesas com diaria (14/03/2015) cfe Lei no.1167/14 e autorizacao no.529/2015, em anexo.	80,00	80,00

SAÚDE

BAIXA

Local de Entrega

Total Geral
80,00

ENCARREGADO SERVICOS

CONTADOR

ORDENADOR DA DESPESA

-----Liquidacao-----
Declaro que o Material foi Fornecido
Servico Prestado
Data: 13 / 03 / 15 .
RESPONSAVEL

-----Pagamento-----
Descontos: A- INSS- R\$ - Cred- Total Descontado
Demonst.: B- IRRF- R\$ - Debi- R\$ -

----- Ordem de Pagamento ----- Recibo -----
Em 13/03/15 . Em 13/03/15 .

Pague-se a importancia
Acima Processada
SECRET. FINANÇAS

Recebi a importancia
Acima Processada
ASSINATURA CREDOR

Cheque *Debitos*
Banco *Brasil*

Certifico Haver Pago
a Importancia Acima
Mencionada
TESOUREIRO

Recursos: *Lcd. de Saude ck 11.478-2*

Controle de Empenhos
Emissao: *[Signature]*
Conferencia: _____
Baixa: *[Signature]*

529
752015

AUTORIZAÇÃO DE DIÁRIAS

Nº 529/2015

Através da presente estamos autorizando o Sr. (a):

ARI BUZIN

Lotado na Divisão de:

SAÚDE

Na função de:

MOTORISTA

A viajar até a cidade de:

FOZ DO IGUAÇU - PR

Com fins específicos de:

TRANSPORTAR PACIENTES ELIZABETE RODRIGUES DE BRITO.

No (s) dia (s):

14/03/2015. (40% DA DIÁRIA)

No valor de R\$:

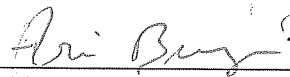
80,00

Sendo que o Município de Três Barras do Paraná fará o pagamento antecipado das diárias conforme determina a Lei Municipal nº 378/07 de 05 de dezembro de 2007, 723/2012 e 1167/14 de 17 de dezembro de 2014 em virtude de seu deslocamento.

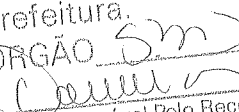
Autorizado



Recebi a importância de R\$ 80,00
Nome e Assinatura



saúde
Atesto que a(s) Nota(s)
Fiscal corresponde a
material adquirido ou
serviços prestados a esta
Prefeitura.

ORGÃO Sm

Responsável Pelo Recebimento