

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

002204/15 Ordinario Orcamentario

Orgao: 07 SECRETARIA DE SAUDE Unid: 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Dotacao: 103020021.2.017.3390.14.00.00 DIARIAS - PESSOAL CIVIL Conta: 206  
Desdobramento: 3390.14.14.01 SERV. EFETIVOS Conta: 727  
Credor: 1750 ARI BUZIN CGC: 615.415.329-53  
Banco: 237 Ag: 5867 C/C:006521  
Endereco: RUA DAS HORTENCIAS 350 CENTRO Fone: TRES BARRAS DO PARAN

Dispensa por Lim Emissao:14.04.15 Vencimento:14.04.15  
---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---  
11.000,00 9.268,80 167,00 9.101,80

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1	1		Valor ref. despesas c/ 01 (uma) diaria (14/04/2015) cfe Lei no. 1167/14 e autorizacao no.551/15 em anexo.	167,00	167,00

**SAÚDE**

**BAIXA**

Local de Entrega

Total Geral  
167,00

ENCARREGADO SERVICOS

CONTADOR

ORDENADOR DA DESPESA

Declaro que o Material foi Fornecido e o Serviço Prestado  
Liquidacao  
Data: 14/04/15  
RESPONSAVEL

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

Ordem de Pagamento Em 14/04/15. Recibo Em 14/04/15.

Pague-se a importancia Acima Processada SECRET. FINANÇAS Recebi a importancia Acima Processada ASSINATURA CREDOR

Cheque 235637 Banco Brasil Certifico Haver Pago a Importancia Acima mencionada TESOUREIRO

Recursos: Fundo de Saude ct 11.478-2

Controle de Empenhos  
Emissao: [assinatura]  
Conferencia: [assinatura]  
Baixa: [assinatura]

551

1032015

**AUTORIZAÇÃO DE DIÁRIAS**

**Nº 551/2015**

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:**

CURITIBA -- PR.

**Com fins específicos de:**

TRANSPORTAR PACIENTES ERCILIA DE ANDRADE LANGER.

**No (s) dia (s):**

14/04/2015

**No valor de R\$:**

167,00

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\$ 167,00

Nome e Assinatura

*Ari Buzin*  
Saúde

Atesto que a(s) Nota(s)  
Fiscal corresponde a  
material adquirido ou  
serviços prestados a esta  
Prefeitura.  
ORGÃO SMS  
[Assinatura]  
Responsável Pelo Recebimento