

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

008249/15 Ordinario Orcamentario

Orgao: 07 SECRETARIA DE SAUDE Unid: 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Dotacao: 103010008.2.016.3390.14.00.00 DIARIAS - PESSOAL CIVIL Conta: 162
Desdobramento: 3390.14.14.01 SERV. EFETIVOS Conta: 726
Credor: 1750 ARI BUZIN CGC: 615.415.329-53
Banco: 237 Ag: 303 C/C:006521
Endereco: RUA DAS HORTENCIAS 350 CENTRO Fone: TRES BARRAS DO PARAN

Dispensa por Lim Emissao:01.12.15 Vencimento:01.12.15
---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---
13.000,00 3.319,70 501,00 2.818,70

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1	1		Valor ref despesa c/ 03 diarias (01/12 a 03/12/2015) ate Curitiba-Pr, p/ transporte de pacientes da Sec. de Saude, cfe Lei Munic. 1167/14 e autorizacao no 690/15 em anexo.	501,00	501,00

SAÚDE

Local de Entrega

[Handwritten Signature]

BAIXA
[Handwritten Signature]

Total Geral
501,00

ENCARREGADO SERVICOS

CONTADOR

ORDENADOR DA DESPESA

-----Liquidacao-----
Declaro que o Material foi Fornecido
Servico Prestado *[Handwritten Signature]* Data: 01/12/15.
RESPONSAVEL

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

-----Ordem de Pagamento----- Recibo -----
Em 01/12/15. Em 01/12/15.

Pague-se a importancia
Acima Processada *[Handwritten Signature]*
SECRET. FINANÇAS

Recebi a importancia
Acima Processada *[Handwritten Signature]*
ASSINATURA CREDOR

Cheque 235743
Banco Brasil
Certifico Haver Pago
a Importancia Acima
Mencionada *[Handwritten Signature]*
TESOUREIRO

Recursos: Fundo Mun. Saude ek 11.478-2

690
3522015

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

AUTORIZAÇÃO DE DIÁRIAS

Nº 690/2015

Através da presente autorizo o Sr. (a):

RG Nº

ARI BUZIN

4.334.345-9

Lotado na Divisão de:

SAÚDE

Na função de:

MOTORISTA

Justificativa para realização da viagem:

Transportar os seguintes pacientes: Alana Vitória Dalle Crode (Hospital de Olhos (paciente), Neiva Dalle Crode (mãe), Clever da Silva (pai), Olimpio Seboleski (hospital São Lucas) Dyemerson de Oliveira de Jesus (Hospital Pequeno Príncipe (paciente) Antonio de Jesus (pai) e Marinez Diniz de Oliveira (mãe).

Data de início e término da viagem:

Início: 01/12/2015 Término: 03/12/2015

Destino da viagem:

CURITIBA – PR.

Meio de Transporte utilizado:

Sprinter saúde placas AEW 1515

VEÍCULO OFICIAL

Quantidade de diárias pagas:

TRÊS DIÁRIAS

Valor unitário das diárias:

R\$ 167,00 (Cento e sessenta e sete reais)

Valor total das diárias:

R\$ 501,00 (Quinhentos e um reais)

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

Autorizado

Luiz Carlos Martendal
Sec. de Administração

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

ÓRGÃO

Recebi a importância de R\$ 501,00 (Quinhentos e um reais).