

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

002350/18 Ordinario Orcamentario

Orgao: 07 SECRETARIA MUNIC. DE SAUDE Unid: 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
 Dotacao: 103020021.2.012.3390.14.00.00 DIARIAS - PESSOAL CIVIL Conta: 265
 Desdobramento: 3390.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Conta: 592
 Credor: 2005 MARIA DO S. MARINHO PRESTES CGC: 290.374.923-04
 Banco: 000 Ag: 303 C/C:
 Endereco: RUA SOBRADINHO 1050 SAIDA PARA Fone: TRES BARRAS DO PARAN

Dispensa por Lim Emissao:16.04.18 Vencimento:16.04.18
 ---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---
 25.000,00 21.000,60 87,60 20.913,00

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1	1		Valor ref. despesas c/ 0,4 dia- ria (16/04/2018) acompanhar pa- ciente ate a cidade de Palmas Pr, cfe Lei no 1353/15 e autori- -zacao no 1436/18, em anexo.	87,60	87,60

SAÚDE

BAIXA

Local de Entrega

 ENCARGADO SERVICOS CONTADOR *[Assinatura]* Total Geral 87,60

 ORDENADOR DA DESPESA *[Assinatura]*

-----Liquidacao-----
 Declaro que o Material foi Fornecido
 Servico Prestado *[Assinatura]* Data: 19/04/18.

 RESPONSÁVEL

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

----- Ordem de Pagamento ----- Recibo -----
 Em 19/04/18. Em 19/04/18.

Pague-se a importancia *[Assinatura]* Recebi a importancia *[Assinatura]*
 Acima Processada SECRET. FINANÇAS Acima Processada ASSINATURA CREDOR

Cheque *Dibito* Certifico Haver Pago
 Banco *Brasil* a Importancia Acima *[Assinatura]*
 Mencionada TESOUREIRO

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

AUTORIZAÇÃO DE DIÁRIAS

Nº 1436/2017 *2018*

Através da presente autorizo o Sr. (a):

RG Nº

MARIA DO SOCORRO MARINHO
DOS SANTOS PRESTES

CPF
290.374.923-04

Matrícula
2216-0/1

1113575 SSP/PR

Lotado na Divisão de:

SAÚDE

Na função de:

AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Justificativa para realização da viagem:

ACOMPANHAR PACIENTE JUVENCIO NUNES PARA INTERNAMENTO COM VAGA NA CENTRAL DE LEITOS, HOSPITAL SANTA FELIZARIA DE PALMAS

Data de início e término da viagem:

16/04/2018

Destino da viagem:

PALMAS – PR.

Meio de Transporte utilizado:

AMBULÂNCIA BAL 8156

VEÍCULO OFICIAL

Quantidade de diárias pagas:

0,4 DIÁRIA

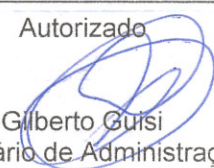
Valor unitário das diárias:

R\$ 219,00 (DUZENTOS E DEZENOVE REAIS)

Valor total das diárias:

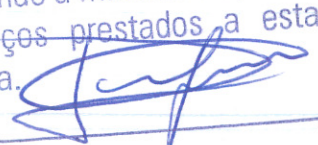
R\$ 87,60 (OITENTA E SETE REAIS SESENTA CENTAVOS)

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 1353/2015 em virtude de seu deslocamento.

Autorizado

Gilberto Guisi
Secretário de Administração

Recebi a importância de R\$ 87,60 (OITENTA E SETE REAIS SESENTA CENTAVOS)

M^{te} do Socorro B. Joubert Prestes
Servidor Municipal

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

*Saúde
dire*