

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

005072/18 Ordinario Orcamentario

Orgao: 07 SECRETARIA MUNIC. DE SAUDE  
Dotacao: 103010008.2.009.3390.14.00.00  
Desdobramento: 3390.14.14.01  
Credor: 1000 ALEXANDRE D. HENRIQUES  
Banco: 001 Ag: 3030C/C:009922-8  
Endereco: AV PARANA SN CENTRO

Unid: 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
DIARIAS - PESSOAL CIVIL Conta: 242  
SERVIDORES EFETIVOS Conta: 1281  
CGC: 815.614.749-91

Fone: TRES BARRAS DO PARAN

Dispensa por Lim Emissao: 02.08.18 Vencimento: 02.08.18  
---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---  
25.000,00 18.353,92 175,20 18.178,72

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1	1		Valor ref. despesa c/ 01 diaria (02/08/2018) ate Maringa-Pr, transportar paciente da Sec. de Saude, cfe Lei Munic. 1353/15 e autorizacao 1518/18 em anexo.	175,20	175,20

# SAÚDE

**BAIXA**

Local de Entrega

*[Signature]*

Total Geral  
175,20

*[Signature]*

ENCARREGADO SERVICOS

CONTADOR

ORDENADOR DA DESPESA

-----Liquidacao-----  
Declaro que o Material foi Fornecido *[Signature]*  
Servico Prestado *[Signature]* Data: 03/08/18.  
RESPONSAVEL

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

-----Ordem de Pagamento----- Em 03/08/18. -----Recibo----- Em 03/08/18.

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

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

Cheque *[Signature]*  
Banco Brasil

Certifico Haver Pago  
a Importancia Acima  
Mencionada *[Signature]*  
TESOUREIRO

Recursos: Fundo Mun. Saude ck 11.478-2



ESTADO DO PARANÁ

# Prefeitura Municipal de Três Barras do Paraná

CAPITAL DO FEIJÃO

## AUTORIZAÇÃO DE DIÁRIAS

Nº 1518/2018

Através da presente autorizo o Sr. (a):

RG Nº

ALEXANDRE DELGADO HENRIQUES

CPF: 815.614.749-91

Matrícula  
2269-1/1

5.382.576-2

Lotado na Divisão de:

SAÚDE

Na função de:

MOTORISTA

Justificativa para realização da viagem:

01 – Buscar paciente de alta Simone de Quadros – Hospital Psiquiátrico de Maringá + acomp.

Data de início e término da viagem:

02/08/2018

Destino da viagem:

MARINGÁ – PR.

Meio de Transporte utilizado:

VEÍCULO CRONOS PLACAS BCG-4365

VEÍCULO OFICIAL

Quantidade de diárias pagas:

UMA DIÁRIA

Valor unitário das diárias:

R\$ 175,20 (CENTO E SETENTA E CINCO REAIS E VINTE CENTAVOS)

Valor total das diárias:

R\$ 175,20 (CENTO E SETENTA E CINCO REAIS E VINTE 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\$ 175,20 (CENTO E SETENTA E CINCO REAIS E VINTE CENTAVOS)

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