

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

006015/18 Ordinario Orcamentario
 Unid: 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
 DIARIAS - PESSOAL CIVIL Conta: 242
 SERVIDORES EFETIVOS Conta: 1281
 CGC: 815.614.749-91

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: 4788-0C/C:009922-8
 Endereco: AV PARANA SN CENTRO

Fone: TRES BARRAS DO PARAN

Dispensa por Lim Emissao:14.09.18 Vencimento:14.09.18
 ---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---
 25.000,00 16.696,64 58,56 16.638,08

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1	1		Valor ref. despesa c/ 40% de di aria (15/09/2018) ate Nova Auro ra-Pr, transportar paciente da Sec. de Saude, cfe Lei Munic. 1353/15 e autorizacao 1550/18 em anexo.	58,56	58,56

BAIXA

SAÚDE

Local de Entrega _____ Total Geral 58,56
 _____ *[Signature]* _____ *[Signature]*
 ENCARREGADO SERVICOS CONTADOR ORDENADOR DA DESPESA

-----Liquidacao-----
 Declaro que o Material foi Fornecido _____
 Servico Prestado _____ *[Signature]* Data: 17/09/18.
 RESPONSÁVEL

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

-----Ordem de Pagamento----- Recibo -----
 Em 17/09/18. Em 17/09/18.
 Pague-se a importancia _____ Recebi a importancia _____
 Acima Processada _____ Acima Processada _____
 SECRET. FINANÇAS ASSINATURA CREDOR

Cheque *[Signature]* Certifico Haver Pago
 Banco *[Signature]* a Importancia Acima
 mencionada _____
 TESOUREIRO

Recursos: fundo mun. saúde ck 11.478-2

AUTORIZAÇÃO DE DIÁRIAS

Nº 1550/2018

Através da presente autorizo o Sr. (a):

ALEXANDRE DELGADO HENRIQUES	CPF: 815.614.749-91	Matrícula 2269-1/1	RG Nº 5.382.576-2
-----------------------------	---------------------	-----------------------	----------------------

Lotado na Divisão de:

SAÚDE

Na função de:

MOTORISTA

Justificativa para realização da viagem:

TRANSPORTAR PACIENTE DE ALTA IRIA MACARINI AO HOSPITAL DR AURÉLIO

Data de início e término da viagem:

15/09/2018

Destino da viagem:

NOVA AURORA – PR.

Meio de Transporte utilizado:

VEÍCULO AMBULÂNCIA PLACAS AWF 6229

VEÍCULO OFICIAL

Quantidade de diárias pagas:

0,4 DIÁRIA

Valor unitário das diárias:

R\$ 146,40 (CENTO E QUARENTA E SEIS REAIS QUARENTA CENTAVOS)

Valor total das diárias:


R\$ 58,56 (CINQUENTA E OITO REAIS CINQUENTA E SEIS 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\$ 58,56
(CINQUENTA E OITO REAIS CINQUENTA E
SEIS CENTAVOS)


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

ÓRGÃO


Responsável Pelo Recebimento