

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

002775/15 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:30.04.15 Vencimento:30.04.15
---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---
11.000,00 9.101,80 133,00 8.968,80

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1	1		Valor ref. despesas c/ 01 (uma) diaria (30/04/2015) cfe Lei no. 1167/14 e autorizacao no.559/20 15, em anexo.	133,00	133,00

SAÚDE

BAIXA

Local de Entrega

Total Geral
133,00

ENCARREGADO SERVICOS

CONTADOR

ORDENADOR DA DESPESA

Declaro que o Material foi Fornecido
Servico Prestado
Data: 30/04/15.
RESPONSAVEL

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

Ordem de Pagamento Em 30/04/15.
Recibo Em 30/04/15.

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

Cheque Débitos Banco Brasil
Certifico Haver Pago a Importancia Acima Mencionada TESOUREIRO

Recursos: Id. de Saúde ct 11.478-2

Controle de Empenhos
Emissão: [assinatura]
Conferência:
Baixa: [assinatura]

AUTORIZAÇÃO DE DIÁRIAS

Nº 559/2015

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:

GUARAPUAVA – PR.

Com fins específicos de:

TRANSPORTE DA PACIENTE CLEONICE BONETTI.

No (s) dia (s):

30/04/2015

No valor de R\$:

133,00


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\$ 133,00

Nome e Assinatura



”

Atesto que a(s) Nota(s)
Fiscal corresponde a
material adquirido ou
serviços prestados a esta
Prefeitura.
ORGÃO Sms
Camila
Responsável Pelo Recebimento