

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

Orgao: 07 SECRETARIA DE SAUDE  
Dotacao: 103020021.2.017.3390.14.00.00  
Desdobramento: 3390.14.14.01  
Credor: 1750 ARI BUZIN  
Banco: 237 Ag: 5867 C/C:006521  
Endereco: RUA DAS HORTENCIAS 350 CENTRO

Unid: 01 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
DIARIAS - PESSOAL CIVIL  
SERV. EFETIVOS  
CGC: 615.415.329-53

Conta: 200  
Conta: 725

Fone: TRES BARRAS DO PARANA

Dispensa por Lim  
---Valor Orcado--- ---Saldo Anterior---  
11.000,00 8.057,80

Emissao:16.06.15 Vencimento:16.06.15  
-Valor do Empenho- ---Saldo Atual---  
55,50 8.002,30

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1	1		Valor ref. despesas com diaria (16/06/2015) cfe Lei no.1167/14 e autorizacao no.580/2015, em anexo.	55,50	55,50

**SAÚDE**

**BAIXA**

Local de Entrega

Total Geral  
55,50

ENCARREGADO SERVICOS

CONTADOR

ORDENADOR DA DESPESA

D eclaro que o Material foi Fornecido  
Servico Prestado

Liquidacao

RESPONSAVEL

Data: 16/06/15.

Pagamento

Descontos: A- INSS- R\$ -  
Demonst.: B- IRRF- R\$ -

Cred-  
Debi-

Total Descontado  
R\$ -

Ordem de Pagamento  
Em 16/06/15.

Recibo  
Em 16/06/15.

Pague-se a importancia  
Acima Processada

SECRET. FINANÇAS

Recebi a importancia  
Acima Processada

ASSINATURA CREDOR

Cheque *Debitos*  
Banco *Brasil*

Certifico Haver Pago  
a Importancia Acima  
Mencionada

TESOUREIRO

Recursos: *Id. de Saude ck 11-478-2*

*2642005*  
*580*

Controle de Empenhos  
Emissao: *[Signature]*  
Conferencia: *[Signature]*  
Revisao: *[Signature]*

**AUTORIZAÇÃO DE DIÁRIAS**

**Nº 580/2015**

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:**

MARECHAL CONDIDO RONDON - PR.

**Com fins específicos de:**

TRANSPORTAR OS PACIENTES ALBINO VENZO E CALTENIR VENZO

**No (s) dia (s):**

16/06/2015

**No valor de R\$:**

55,50

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\$ 55,50  
Nome e Assinatura

”

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

ÓRGÃO SMS  
*[Handwritten Signature]*  
Responsável Pelo Recebimento