

**CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURÃO****ESTADO DO PARANÁ - 95.640.322/0001-01****Exercício: 2018****NOTA DE PAGAMENTO DE DESPESA ORÇAMENTÁRIA****nº Ordem Pagamento: 426 / 2018****Credor: 2711 - Carla Cassia Alves Bento****Endereço: - C.E.P. - -****C.P.F.: 078.527.089-27****R.G.: 10.442.098-2****Banco: 1-BANCO DO BRASIL S.A. Agência: 04065 Conta: 65360-8****Órgão: 01. CIS-COMCAM****Unidade: 01.001. Cis-Comcam****Prog. Trabalho: 10.302.0001.2.001. Manutenção Administrativa do Cis-Comcam****Elemento Desp.: 3.3.90.14.00.00 DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL****Fonte Rec.: 1005****Recursos do Tesouro (Descentralizados) - Exercício Corrente****01001**

<i>EMPENHO</i>	<i>LIQUIDAÇÃO</i>	<i>PROCESSO</i>	<i>VLR. EMPENHO</i>	<i>VLR. LIQUIDAÇÃO</i>	<i>VLR. A PAGAR</i>
223 / 2018	1 / 2018	0 / 2018	150,00	150,00	150,00

Histórico: PGTO 02/02/2018

**TOTAL DA ORDEM: 150,00**

Banco: 211 - B. BRASIL - F. 001 - 22.346-8

0406-5

22.346-8

TED nº: 660406000065360

AUTORIZO O PAGAMENTO.

CAMPO MOURÃO, 5 de fevereiro de 2018.

  
Carla Cassia Alves Bento



# CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO

Estado do Paraná - 95.640.322/0001-01

RUA MAMBORE, 1542 CENTRO (044)3523-3684 - CEP 87302-140

## NOTA DE EMPENHO

Nº do Empenho: 223 / 2018 Ordinário Data: 05/02/2018 Página 1 / 1

Credor: 2711 - Carla Cassia Alves Bento  
Endereço: - C.E.P. - -  
C.P.F.: 078.527.089-27 R.G.: 10.442.098-2

Orgão: 01. CIS-COMCAM  
Unidade: 01.001. Cis-Comcam  
Prog. Trabalho: 10.302.0001.2.001. Manutenção Administrativa do Cis-Comcam  
Elemento Desp.: 3.3.9.0.14.00.00. DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL  
Reduzido: 2  
F. de Recurso: 1005 Recursos do Tesouro (Descentralizados) - Exercício Corrente 01001  
Desdobramento: 14 02 SERVIDORES COMISSIONADOS

Processo.....: 0/2018  
Tipo de Licitação: Dispensavel  
Nº Licitação.....: /  
F. do TCE

Dotação Inicial	Saldo Anterior	Valor	Saldo Atual
30.000,00	28.800,00	150,00	28.650,00

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO	VLR. TOTAL
1	1	Diári	DIÁRIA(S).	300,00	150,00

Local de Entrega	Total Retenções:	0,00	Total Liq. Empenho:	150,00
------------------	------------------	------	---------------------	--------

Empenhado por: Rogério de Oliveira Soares	Conferido por:	<b>LIQUIDAÇÃO</b> Declaro que os <input type="checkbox"/> Serviços foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada
Autorizo a Despesa Acima Discriminada CAMPO MOURÃO, de de Prefeito Secretário de Fazenda		
		Data _____ Nome / Assinatura _____ <b>PAGAMENTO</b> ORDEM DE PAGAMENTO Pague-se ao favorecido o valor acima especificado, proveniente, desta nota de empenho, CAMPO MOURÃO, de de _____ Tesoureiro

<b>RECIBO</b> Recebi(emos) da tesouraria da CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOURAO, a importância especificada acima em moeda corrente do país. CAMPO MOURÃO, de de Credor (CPF/CNPJ) _____	Banco _____ Nº da Conta _____ Nº do Cheque _____ Anotações _____
--	--

**CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MOUR.****CNPJ: 95640322000101****Paraná****Exercício: 2018****SOLICITAÇÃO DE DESPESA****223 / 2018****Espécie: Ordinário****Data de Emissão: 05/02/2018****Página 1 / 1****Fornecedor:** 2711 - Carla Cassia Alves Bento**CPF:** 078.527.089-27**RG:** 10.442.098-2**Endereço:** ,**Bairro:** Cidade: -**CEP:****Telefone:**

<b>Órgão:</b> 01	CIS-COMCAM	<b>Processo:</b>	/
<b>Unid. Orçamentária:</b> 01.001.	Cis-Comcam	<b>Modalidade:</b>	
<b>Função:</b> 10	Saúde	<b>Nº Licitação:</b>	/
<b>Sub Função:</b> 302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	<b>Nº Contrato:</b>	/
<b>Programa:</b> 0001	Manutenção Geral do Cis-Comcam	<b>Termo:</b>	
<b>Projeto/Atividade:</b> 2001	Manutenção Administrativa do Cis-Comcam	<b>Data Publicação:</b>	
<b>Nat. da Despesa:</b> 3.3.90.14.	DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL	<b>Homologação:</b>	
<b>Desdobramento:</b> 14	DIÁRIAS NO PAÍS	<b>ID Contrato:</b>	
<b>SubDesdobramento:</b> 02	SERVIDORES COMISSIONADOS	<b>Subvenção:</b>	/
<b>Fonte de Recurso:</b> 01001	Recursos do Tesouro (Descentralizados) - Exercício Corrente	<b>Cód. do Bem:</b>	
<b>Recurso:</b>	Próprio		
<b>Contrapartida:</b>	Não	<b>Reduzido:</b> 2	<b>Convênio Nº:</b> /

**JUSTIFICATIVA:** IMPORTE REF. A LIBERAÇÃO DE 1/2 DIÁRIA, CONFORME ATO Nº 003/2018, COM DESTINO A GOIOERE - PR. COM A FINALIDADE DE :  
CREDENCIAMENTO DE LABORATÓRIOS DESTINADO AO ATENDIMENTO DA MICRO-REGIÃO  
TREINAMENTO DA PESSOA JURIDICA A CLINICA MÉDICA "DINIZ CLÍNICA MÉDICA - EIRELLE - EPP -  
CNPJ 11.968.704/0001/79.

<b>Ord.</b>	<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Unidade</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Vlr. Unitário</b>	<b>Vlr. Total</b>
1	1470	DIÁRIA(S).	Diária	0,50	300,0000	150,00
<b>Total:</b>						<b>150,00</b>



**ANEXO I – SOLICITAÇÃO DE DIÁRIAS – ATO Nº 003/2018.**  
**OBS.: Resolução n. 8/2013 – Código do ato n. 83.**

<b>PROPOSTA DE VIAGEM</b>	
<b>Servidor</b>	<b>Nome</b>
	Carla Cassia Alves Bento
	<b>Cargo ou Função</b>
	Coordenadora

<b>Serviço a executar e período</b>	
<b>Serviço a executar e período</b>	1) Viagem a Goioerê/Pr.

<b>Justificativa detalhada (razões)</b>
31/01/2018 a 31/01/2018, Goioerê/PR – A presente viagem à Goioerê/Pr visa o credenciamento de Laboratórios destinado ao atendimento daquela microrregião
31/01/2018 a 31/01/2018, Ubiratã/PR – A presente viagem à Ubiratã/Pr, visa o treinamento da pessoa jurídica: DINIZ CLÍNICA MÉDICA – EIRELLE – EPP – CNPJ 11.968.704/0001-79
<b>DATA DA SAÍDE EM VIAGEM: 31/01/2018.</b>
<b>DATA DO RETORNO A C. MOURÃO: 31/01/2018.</b>

<b>Relatório De Viagem</b>	<b>Localidade</b>	<b>Nº de Dias</b>
	Goioerê – Pr.	1/2 dias

<b>Prazo de Utilização</b>	<b>Importância requisitada</b>
31/01/2018 a 31/01/2018	150,00

**Meio de Viagem: Veículo – Fiat/Palio Placa AMF 7452**

 Proponente	Assinatura e Carimbo da Chefia
---	--------------------------------





02/02/2018 16:51:13

**Transferência entre contas diversas**

**Debitado**

Nome C I S COM M REG C MOURAO  
 Agência 406-5  
 Conta corrente 22346-8

**Creditado**

Nome CARLA CASSIA ALVES BENTO  
 Agência 406-5  
 Conta corrente 65360-8  
 Valor 150,00  
 Data Nesta data

Assinada por JB503990 CARLA C ALVES BENTO 02/02/2018 16:31:37  
 JB503991 CARLOS ROSA ALVES 02/02/2018 16:51:13

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB503991 CARLOS ROSA ALVES.

## DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO

Por meio do presente, eu Cristiane Martins Pantaleão, Secretária Municipal de Saúde do Município de Ubitatã, Paraná, declaro que acompanhei a Coordenadora do Cis-Comcam CARLA CASSIA ALVES BENTO, no treinamento da DINIZ CLÍNICA MÉDICA EIRELI, CNPJ 11.968.704/0001-79, realizado no dia 31/01/2018, na cidade de Ubitatã.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente para que surtas seus efeitos legais.

Ubitatã, 31 de janeiro de 2018.

  
Cristiane Martins Pantaleão