

**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: 425 / 2018****Credor: 92 - Magda Denise dos Santos****Endereço: Comercial: Pardal, 453 - - C.E.P. 87306290 - Campo Mourão - PR****C.P.F.: 068.493.819-70****R.G.:****Banco: 1-BANCO DO BRASIL S.A. Agência: 0406-5 Conta: 56362-5****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> |
|----------------|-------------------|-----------------|---------------------|------------------------|---------------------|
| 228 / 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: 660406000056362

AUTORIZO O PAGAMENTO.

CAMPO MOURÃO, 5 de fevereiro de 2018.

Prefeito_____
Carla Cassia Alves Bento
RESPONSÁVEL

Lemos 05/02/2018

**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 EMPENHONº do Empenho: **228 / 2018** Ordinário Data: **05/02/2018** Página 1 / 1

Credor: 92 - Magda Denise dos Santos

Endereço: Comercial: Pardal, 453 - - C.E.P. 87306290 - Campo Mourão - PR

C.P.F.: 068.493.819-70 R.G.:

| | |
|---|--------------------------------|
| Orgão: 01. CIS-COMCAM | Processo.....: 0/2018 |
| Unidade: 01.001. Cis-Comcam | Tipo de Licitação: Dispensavel |
| Prog. Trabalho: 10.302.0001.2.001. Manutenção Administrativa do Cis-Comcam | Nº Licitação.....: / |
| Elemento Desp.: 3.3.9.0.14.00.00. DIÁRIAS - PESSOAL CIVIL | F. do TCE |
| Reduzido: 2 | |
| F. de Recurso: 1005 Recursos do Tesouro (Descentralizados) - Exercício Corrente 01001 | |
| Desdobramento: 14 01 SERVIDORES EFETIVOS | |

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| Dotação Inicial 30.000,00 | Saldo Anterior 27.750,00 | Valor 150,00 | Saldo Atual 27.600,00 |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------|---------------------------------|

| 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: | LIQUIDAÇÃO 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 | Data | Nome / Assinatura |
|--|------|-------------------|

| | |
|---|--|
| _____ Prefeito _____ Secretário de Fazenda | PAGAMENTO ORDEM DE PAGAMENTO Pague-se ao favorecido o valor acima especificado, proveniente, desta nota de empenho. CAMPO MOURÃO, de de |
| | _____ Tesoureiro |

| | |
|--|--------------------------------------|
| RECIBO 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

228 / 2018

Espécie: Ordinário

Data de Emissão: 05/02/2018

Página 1 / 1

Fornecedor: 92 - Magda Denise dos Santos

CPF: 068.493.819-70

RG:

Endereço: Pardal, 453

Bairro: Cohapar **Cidade:** Campo Mourão - PR

CEP:87.306-290

Telefone:

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

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.

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

Rogério de Oliveira Soares
Responsável pela Elaboração



ANEXO I – SOLICITAÇÃO DE DIÁRIAS – ATO N° 005/2018.
OBS.: Resolução n. 8/2013 – Código do ato n. 83.

| PROPOSTA DE VIAGEM | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| Servidor | Nome |
| | Magda Denise dos Santos |
| | Cargo ou Função |
| | Encarregada do Faturamento |

| Serviço a executar e período | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| Serviço a executar e período | 1) Viagem a Goioerê/Pr. |
| | |
| | |

| Justificativa detalhada (razões) |
|--|
| 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 |
| DATA DA SAÍDE EM VIAGEM: 31/01/2018. |
| DATA DO RETORNO A C. MOURÃO: 31/01/2018. |

| Relatório De Viagem | Localidade | N° de Dias |
|----------------------------|----------------------|-------------------|
| | Goioerê – Pr. | 1/2 dias |
| | | |

| Prazo de Utilização | Importância requisitada |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 31/01/2018 a 31/01/2018 | 150,00 |

| |
|--|
| Meio de Viagem: Veiculo – Fiat/Palio Placa AMF 7452 |
|--|

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

Carla Cássia Alves Bento
Coordenadora do Cis-Comcam
Termo de Posse nº 10776
Portaria: 04/2017

Transferência entre contas diversas

Debitado

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

Creditado

Nome MAGDA DENISE DOS SANTOS
Agência 406-5
Conta corrente 56362-5
Valor 150,00
Data Nesta data

Assinada por JB503990 CARLA C ALVES BENTO 02/02/2018 16:34:12
JB503991 CARLOS ROSA ALVES 02/02/2018 16:51:13

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB503991 CARLOS ROSA ALVES.