



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA

GESTÃO 2013 – 2016
CNPJ 37.465.143/0001 - 89

11.2 - A CONTRATADA reconhece os direitos da administração, em caso da rescisão administrativa prevista no art.º 77 da Lei n.º 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA
DA VINCULAÇÃO

12.1 - Vinculam-se ao presente contrato, independentemente de suas transcrições parciais ou totais, o Edital de licitação respectivo e a proposta vencedora da CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA
DOS CASOS OMISSOS

13.1 - Aplicar-se-á a Lei n.º 8.666/93, alterada, para o esclarecimento dos casos por ventura omissos neste termo de contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA
DO FORO

14.1 - Será competente o Foro da Comarca de São Félix do Araguaia, Estado de Mato Grosso, para dirimir dúvidas oriundas deste Termo de Contrato, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado seja.

E, por estarem ambas as partes de pleno acordo com as disposições estabelecidas neste Termo de Contrato, aceitam a cumprirem fielmente as normas legais e regulamentares, assinando o presente em 03 (três) vias de igual efeito e teor, na presença de duas testemunhas, abaixo indicadas.

Alto Boa Vista, 28 de Março de 2014.


LEUZIPE DOMINGUES GONÇALVES
PREFEITO MUNICIPAL
CONTRATANTE


DISVECO LTDA
CONTRATADA

TESTEMUNHAS

1. _____

Nome:
RG/CPF:

2. _____

Nome:
RG/CPF:



Transferência entre contas diversas

Debitado

Agência	1135-5	
Conta corrente	11909-1	PM ALTO BOA VISTA -CEX

Creditado

Agência	4205-6	
Conta corrente	11833-8	DISVECO LTDA
Valor	132.581,17	
Data	Nesta data	
Assinada por	J8239485 JOSE GANDELMAR ABREU LUZ	31/03/2014 14:12:19
	J8129601 LEUZIPE DOMINGUES GONCALVES	31/03/2014 15:02:11

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8129601 LEUZIPE DOMINGUES GONCALVES.

conta CEX



Transferência entre contas diversas

Debitado

Agência	1135-5	
Conta corrente	18351-2	PREFEITURA MUNICIPAL ALTO

Creditado

Agência	4205-6	
Conta corrente	11833-8	DISVECO LTDA
Valor	52.418,83	
Data	Nesta data	

Assinada por	J8239485 JOSE GANDELMAR ABREU LUZ	31/03/2014 14:09:13
	J8129601 LEUZIPE DOMINGUES GONCALVES	31/03/2014 15:01:32

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8129601 LEUZIPE DOMINGUES GONCALVES.

Conta Diversa



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA
CNPJ 37.465.143/0001 - 89

CI N.º 045/2014

Alto Boa Vista - MT, 30 de Janeiro de 2014.

DE: Secretaria Municipal de Infraestrutura d Desenvolvimento Urbano.
 PARA: Gabinete do Prefeito

Prezado Senhor,

Venho através desta solicitar que sejam tomadas as providências necessárias em caráter de urgência para a "AQUISIÇÃO DE UM VEÍCULO FECHADO, ZERO KM, GARANTIA MINIMA DE 03 (TRES) ANOS, ANO/MODELO 2014, CAPACIDADE PARA 7 (SETE) LUGARES, CÂMBIO AUTOMÁTICO, DIREÇÃO HIDRÁULICA - PINHAO E CREMALHEIRA, AR-CONDICIONADO AUTOMÁTICO COM DISPLAY DIGITAL, FRIO E QUENTE (AJUSTE MANUAL) E NA PARTE TRASEIRA COM DIFUSORES NO TETO E CONTROLE DE INTENSIDADE, PNEUS 265/65 R17, RODAS LIGA LEVE R 17 7,5J, ALARME COM ACIONAMENTO A DISTANCIA, BANCOS, VOLANTE, MANOPLA DE CÂMBIO, ALAVANCA DE TRANSFERÊNCIA E LATERAIS DAS 4 PORTAS, COM PARTES DE COURO E PARTES DE MATERIAL SINTÉTICO, VIDROS ELÉTRICOS E SISTEMA DE ABERTURA E FECHAMENTO DE UM TOQUE COM ANTESMAGAMENTO PARA O VIDRO DO MOTORISTA, AIR BAG DUPLA FRONTAL (2), AIRBAG LATERAL (2) E CORTINA (4), MOTOR DIESEL D-4D 3.0L 16V TURBO* INTERCOOLER (*TURBO COM GEOMETRIA VARIÁVEL), POTÊNCIA (CV/RPM) 171 / 3.600, TORÇÕE (KGF.M/RPM) 36,7 / 1.400 - - 3.200, CILINDRADA (CM3) 2982, ALIMENTAÇÃO SISTEMA DE INJEÇÃO DIRETA E ELÉTRONICA DE COMBUSTÍVEL (TIPO COMMON RAIL), TRACÇÃO 4X4 PERMANENTE COM REDUZIDA. DIFERENCIAL CENTRAL TIPO TORSEN COM BLOQUEIO, VSC (CONTROLE ELÉTRONICO DE ESTABILIDADE) E TRC (CONTROLE ELÉTRONICO DE TRACÇÃO), TRANSMISSÃO AUTOMÁTICA DE 5 VELOCIDADES COM INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL, SUSPENSÃO DIANTEIRA INDEPENDENTE, BRAÇOS DUPLS TRIANGULARES, MOLAS HELICOIDAIS E BARRA ESTABILIZADORA E TRASEIRA 4-LINK (4 PONTOS DE FIXAÇÃO) E MOLAS HELICOIDAIS, FREIOS DIANTEIROS DISCOS VENTILADOS COM ABS, EBD (DISTRIBUIÇÃO ELÉTRONICA DE FORÇA DE FRENAGEM) E BAS (SISTEMA DE ASSISTÊNCIA EM FRENAGEM DE EMERGÊNCIA) E TRASEIROS TAMBOR COM ABS, EBD (DISTRIBUIÇÃO ELÉTRONICA DE FORÇA DE FRENAGEM) E BAS (SISTEMA DE ASSISTÊNCIA EM FRENAGEM DE EMERGÊNCIA) E TRASEIROS TAMBOR COM ABS, EBD (DISTRIBUIÇÃO ELÉTRONICA DE FORÇA DE FRENAGEM) E BAS (SISTEMA DE ASSISTÊNCIA EM FRENAGEM DE EMERGÊNCIA), EXIGIDOS PELO CONTRAN, PARA ATENDER A SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA E DESENVOLVIMENTO URBANO.

Limitado ao exposto, reitero protestos de estimas e considerações.

Atenciosamente,

Albano Dembogurski
ALBANO DEMBOGURSKI

Sec. Mun. de Infraestrutura e Des. Urbano





SOLICITAÇÃO DE PRODUTOS/SERVIÇOS

Solicitação Nº: 21/2014

Cód. da Solicitação: 4232

Data: 28/03/2014

Para: DEPTO DE COMPRAS - SEC. MUN. ADM.
PLANEJ.

De: GABINETE DO PREFEITO

Requerente: LEUZIPE DOMINGUES GONÇALVES

Observação:

AQUISIÇÃO DE 01 VEÍCULO MODELO HILUX SW4, 4X4 SRV A/T 7S N 14/14, COR: BRANCO POLAR
COMBUSTÍVEL DIESEL PARA O GABINETE

DOTAÇÃO(ÕES):

Item	Código	Nome Produto/Serviço	Quant.	Unidade
1	7749	VEÍCULO MODELO HILUX SW4, 4X4 SRV A/T 7S N 14/14, COR: BRANCO POLAR COMBUSTÍVEL DIESEL PARA O GABINETE	1	UN

1 produto/serviço Impresso(s).

QTDE. TOTAL DOS ITENS:

1

Requerente

RECEBEMOS DE VIA LÁCTEA VEÍCULOS, A(S) MERCADORIA(S) CONSTANTES DA NF-e INDICADA AO LADO.		NF-E
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 73423
		SÉRIE 1

VIA LÁCTEA

VEÍCULOS

Disveco LTDA
 Av. Fernando Correa da Costa, Nº 1800
 Bairro: Jardim Kennedy
 Cuiabá - MT
 CEP: 78.065-000
 TEL: (65) 4009-7600 FAX: (65) 4009-7634

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA

Nº 73423
 SÉRIE 1
 FOLHA 1 / 1



CHAVE DE ACESSO

5114 0302 9713 6000 0166 5500 1000 0734 2310 0189 8560

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE VEÍCULO NOVO	INSCRIÇÃO ESTADUAL 00131880462	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIA	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 151140012450118 28/03/2014 16:19:46
		CNPJ	02.971.360/0001-66

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL PREFEITURA MUNICIPAL ALTO BOA VISTA		37.465.143/0001-89	28/03/2014
ENDEREÇO R. SERRA NOVA	Nº 975	BARRIO CENTRO	CEP 78665-000
MUNICÍPIO ALTO BOA VISTA	FONE/FAX 6635391113	UF MT	DATA DE ENTRADA/SAÍDA 28/03/2014
FATURA / DUPLICATA		INSCRIÇÃO ESTADUAL	ISENTO

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
73423-1	28/03/2014	185.000,00						

CÁLCULO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO		VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	185.000,00
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR TOTAL DO IPI	0,00	VALOR TOTAL DA NOTA	185.000,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTI	PLACA DO VEÍCULO REBOQUE	UF	CNPJ
RAZÃO SOCIAL		9 - Sem Frete				
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	DESCONTO	NCM/EST.	EST. ICMS	UN.	QNTD.	V. UNITÁRIO	VALOR TOTAL	ALÍQUOTA
KUNSL-NKASJG-G720	CHASSIS :8AJYY59G4E6520360 HILUX SW4 4X4 SRV A/T 75 N 14/14 ANO FABRIC.:2014, ANO MODELO:2014 COR:BRANCO POLAR COMBUST.:DIESEL RENAVAN:202961 NRO.MOTOR:1KDA438834 D.I. 14/0529984-5 E M 19/03/2014-URUGUA VEICULO VENDIDO SEM RESERVA DE DOMINIO		87033390	2605405	UN	1.0000	185.000,0000	185.000,00	

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
VENDED.:201011424 - ULISSES ARAGAO JUNIOR - PEDIDO: 10160 ICMS RET.FONTE SUBST.TRIB.CONF.DECR.1543 DE 05/07/2006(ART.52) PIS/COF ANT.SUBST. TERMOS ART.44 MED.PROV.1991/15 REEDITADA CONDICAO DE PAGAMENTO: CONDICAO ESPECIAL VEICULO VALOR IMPOSTOS R\$105.690,50(57,13%) FONTE:IBPT	PREFEITURA MUN. DE ALTO BOA VISTA - MT CNPJ 37.465.143/0001-89 Atesto que recebi os Materiais ou (Serviços), conforme documento. Em 28/03/2014 Nome: <u>[Assinatura]</u> Cargo: <u>[Assinatura]</u>



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA
 AVENIDA SERRA NOVA,975 - ALTO BOA VISTA

Cnpj: 37.465.143/0001-89

ORDEM DE COMPRA Nº 772/2014

Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO Fornecedor: 831 - VIA LACTEA VEICULOS LTDA
 For. Fantasia:
 Unidade: GABINETE DO PREFEITO Cidade: CUIABA
 Setor: GABINETE DO PREFEITO CNPJ: 02971360000166
 Solicitante: LEUZIPE DOMINGUES GONÇALVES Insc.Est.:
 Nr. Processo: Tel. Fixo.:
 Cód. Protocolo(s): 0 Responsável: LEUZIPE DOMINGUES GONÇALVES
 Ano: 2014 Código da Ordem: 4727
 Utilização: AQUISIÇÃO DE 01 VEÍCULO MODELO HILUX SW4, 4X4 SRV A/T 7S N 14/14, COR: BRANCO POLAR COMBUSTÍVEL DIESEL PARA O GABINETE Cód.Cotação: 0

Licitação.: 0 - Objeto.:

0 - Lote.:

DOTAÇÃO(ÕES):

ITENS					
Código	Qtde	Nome do Produto	Unidade	Valor Unit.	Valor Total
7749	1,00	VEÍCULO MODELO HILUX SW4, 4X4 SRV A/T 7S N 14/14, COR: BRANCO POLAR COMBUSTÍVEL DIESEL PARA O GABINETE	UN	R\$ 185.000,00	R\$ 185.000,00
Valor Total: R\$					185.000,00

Atendido: 28/03/2014 sexta-feira, 28 de março de 2014

 Wanderlei Vilela dos Santos
 Diretor Depart. de Compras
 Port. 772/2014 - PMABV

 Fornecedor

Declaro que os valores constantes na Ordem de Compra, estão compatíveis com os preços de mercado e, que foram cotados no mínimo 03(três) orçamentos.

 Wanderlei Vilela dos Santos
 Diretor Depart. de Compras
 Responsável pelo Depto. de Compras

ORDEM DE COMPRA: Nº. 772/2014

Setor: GABINETE DO PREFEITO Fornecedor: 831 - VIA LACTEA VEICULOS LTDA
 Código da Ordem: 4727
 Utilização: AQUISIÇÃO DE 01 VEÍCULO MODELO HILUX SW4, 4X4 SRV A/T 7S N 14/14, COR: BRANCO POLAR COMBUSTÍVEL DIESEL PARA O GABINETE
 Data do Recebimento: ____/____/____.
 IDENTIFICAÇÃO DO RECEBEDOR (SECRETÁRIO): _____ Cód.Cotação: 0

USUARIO:
 WANDFRI FY



ORDEM DE PAGAMENTO - Orçamentária

DADOS DA OP

Nº Ordem Pagamento: 1667 Tipo: Pagamento de Empenho Data.....: 31/3/2014
 Nº do Empenho: 1375 Data do empenho.....: 28/3/2014 Processo:
 Gênero da Despesa...: OUTROS MATERIAIS PERMANENTES

DADOS DO CREDOR

Nome...: 2494 - DISVECO LTDA C.N.P.J/C.P.F.: 02.971.360/0001-66
 Endereço: Avenida FERNANDO CORREA DA COSTA, 1800 SETOR Cidade: CUIABA UF: MT
 Banco.....: Agência: Conta Corrente:
 Telefone...: Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....:	185.000,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1.....:	185.000,00
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....:	185.000,00
Saldo a pagar do Empenho	0,00
<hr/>	
Líquido a Pagar	185.000,00

HISTÓRICO

VALOR EMPENHADO, DESTINA-SE A COBRIR DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE MATERIAL MATERIAL PERMANENTE VEICULO PARA SER UTILIZADO NA SECRETARIA DE OBRAS DESTA MUNICIPIO, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

DADOS DA DOTAÇÃO

Cód. Reduzido: 406
 Órgão.....: 10 SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRA-ESTRUTURA E DESENVOLVIMENTO URBANO
 Unidade.....: 001 GABINETE DO SECRETARIO
 Função.....: 26 Transporte
 Sub-Função.....: 782 Transporte Rodoviário
 Programa.....: 0058 URBANISMO
 Proj./Ativ.....: 1021 AQUISIÇÃO DE VEICULOS
 El. Despesa.....: 4.4.90.52.00 Equipamentos e Material Permanente
 F. de Recursos..: 0100 Recursos Ordinários

Detalhamento da Fonte de Recursos

0100.000 Sem Detalhamento da Destinação de Recursos	185.000,00
---	------------

DADOS FINANCEIROS

22 - BANCO DO BRASIL - CEX C/C 11909-1	DEBITO AUTOMATICO 01	132.581,17
65 - BB PREF MUN ABV - LEILÃO C/C 18.351-2	DEBITO AUTOMATICO 02	52.418,83 ✓

ASSINATURAS

LEUZIPE DOMINGUES GONÇALVES
 PREFEITO MUNICIPAL

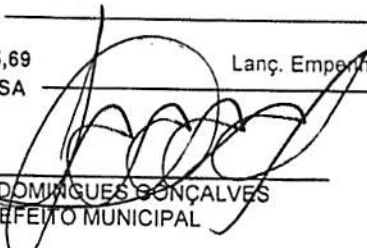
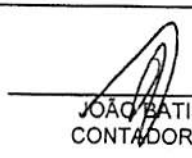
JOSE GANDELMAR ABREU LUZ
 TESOUREIRO

Recebi a importância acima processada

Credor - Doc. nº:



Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 2483	Tipo...: Ordinário	Data.....: 4/6/2014
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 74 - M. A. C. AGUIAR - PUBLICIDADE	C.N.P./C.P.F....: 04.227.958/0001-70	
Endereço....: Avenida X. N 30,0	Cidade: BARRA DO GARCAS	UF. MT
Telefone.....:	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa...: OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ		
VALOR		
1.500,00 (Um Mil, Quinhentos Reais.)		
HISTÓRICO		
VALOR EMPENHADO, DESTINA-SE A COBRIR DESPESAS COM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PUBLICAÇÃO DE CAMPANHA MUNICIPAL, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód Reduzido.: 18		
Órg. Unid.....: 02.001	GABINETE DO PREFEITO	
Função.....: 04	Administração	
Sub-Função.....: 122	Administração Geral	
Programa.....: 0011	ADMINISTRAÇÃO GERAL	
Proj./Ativ.....: 2002	MANUTENÇÃO E ENCARGOS COM O GABINETE DO PREFEITO	
El. Despesa.....: 3.3.90.39.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	
SubElemento...: 99	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA JURÍDICA	
F. de Recursos.: 0999	Recursos que não se Enquadram nos Detalhamentos Anteriores	
Detalhamento da Fonte		
0999.000	Sem Detalhamento da Destinação de Recursos	1.500,00
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior....: 20.165,69	Lanç. Empenho...: 1.500,00	Saldo Atual.....: 18.665,69
ORDENADOR DA DESPESA		
 LEUZIPE DOMINGUES GONÇALVES PREFEITO MUNICIPAL		 JOÃO BATISTA RAMALHO NEVES CONTADOR - CRC MT 010455/00-7
Por ser verdade, firmo o presente		
		Credor - Doc. nº :

→ Exp. empenhada com recurso próprio do orçamento (Atividade 2002)
 → Não consta o comprovante da matéria publicada (despesa mal comprovada)



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA
CNPJ 37.465.143/0001 – 89
ADMINISTRAÇÃO 2013 - 2016

CI N.º 142/2014

Alto Boa Vista – MT, 05 de Junho de 2014.

DE: GABINETE – PREFEITO

PARA: DEPARTAMENTO DE COMPRAS

REF: PRESTAÇÃO DE SERVIÇO.

Prezado Senhor,

Tem o presente à finalidade de solicitar o pagamento referente à prestação de serviços de publicação de campanha municipal.

Limitado ao exposto, reitero protestos e considerações.

ESTADO DE MATO GROSSO
Prefeitura Municipal de
Alto Boa Vista-MT


RECEBIDO

Em 05/06/14


ASSINATURA

Atenciosamente,




LEUZIPE DOMINGUES GONÇALVES
PREFEITO MUNICIPAL

Agência de Planejamento
Serviço de Planejamento
Administração Municipal
Porto Alegre, 05/06/2014



DOC ou TED Eletrônico
Debitado

Agência	1135-5	
Conta corrente	7145-5	PM ABV CONTA MOVIMENTO

Creditado

Banco	237	BANCO BRADESCO S.A.
Agência (sem DV)	3292	BARRA DO GARCAS
Conta corrente (com DV)	361852	
CNPJ	04.227.958/0001-70	
Nome favorecido	M. A. C. AGUIAR - PUBLICIDADE - ME	

Finalidade	CREDITO EM CONTA CORRENTE
------------	---------------------------

Número documento	60.502
------------------	--------

Valor	1.492,20
-------	----------

Data transferência	05/06/2014
--------------------	------------

"C" - CNPJ diferente	
----------------------	--

Autenticação SISBB	9BBC5AF51FB9A006
--------------------	------------------

Assinada por	J8239485 JOSE GANDELMAR ABREU LUZ	05/06/2014 10:32:32
	J8129601 LEUZIPE DOMINGUES GONCALVES	05/06/2014 10:33:31

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8129601 LEUZIPE DOMINGUES GONCALVES.



SOLICITAÇÃO DE PRODUTOS/SERVIÇOS

Solicitação Nº: 29/2014

Cód. da Solicitação: 4979

Data: 05/06/2014

Para: GABINETE DO PREFEITO

De: GABINETE DO PREFEITO

Requerente: LEUZIPE DOMINGUES GONÇALVES

Observação:

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE PUBLICAÇÃO DE CAMPANHA MUNICIPAL

DOTAÇÃO(ÕES):

Item	Código	Nome Produto/Serviço	Quant.	Unidade
1	5529	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	1	UN
1 produto/serviço impresso(s).			QTDE. TOTAL DOS ITENS:	1

Requerente



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA
C.N.P.J. 37465143000189 Fone: 6635391113
AVENIDA SERRA NOVA,975 - ALTO BOA VISTA

ORDEM DE SERVIÇO Nº 1364/2014

Fornecedor: 198 - M. A. C. AGUIAR - PUBLICIDADE
Endereço: AV. X. N 30, nº 0 Cep: 78600000
Cidade: Barra do Garças Estado: MT
CGC: 04227958000170 Código: 5319
Insc.Est.: Cód. Protocolo(s):
Nr. Processo: Ano:
Nrº da Conta: Conta:
Nrº Agência: Agência:
Nrº Banco: Banco:

ITENS

Codigo	Qtde	Nome	Unidade	Valor Unit.	Total
5529	1,0000	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	UN	R\$ 1.500,000000	R\$ 1.500,00
Utilização:	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE PUBLICAÇÃO DE CAMPANHA MUNICIPAL				
Núcleo de Consumo 0 -			Veículo: 0 - -		
Data: 05/06/2014	IRRF: 0,00	INSS: 0,00	ISS: 0,00	Descontos: 0,00	
TOTAL BRUTO: R\$ 1.500,00					
TOTAL A PAGAR: R\$ 1.500,00					
VENCIMENTO					



ORDEM DE PAGAMENTO - Orçamentária

DADOS DA OP

Nº Ordem Pagamento: 3171 Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 10/6/2014
 Nº do Empenho: 2483 Data do empenho....: 4/6/2014 Processo:
 Gênero da Despesa...: OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ

DADOS DO CREDOR

Nome...: 74 - M. A. C. AGUIAR - PUBLICIDADE C.N.P./J/C.P.F: 04.227.958/0001-70
 Endereço: Avenida X. N 30,0 Cidade: BARRA DO GARCAS UF: MT
 Banco.....: Agência: Conta Corrente:
 Telefone...: Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....	1.500,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1.....	1.500,00
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....	1.500,00
Saldo a pagar do Empenho	0,00
Líquido a Pagar	1.500,00

HISTÓRICO

VALOR EMPENHADO, DESTINA-SE A COBRIR DESPESAS COM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PUBLICAÇÃO DE CAMPANHA MUNICIPAL, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

DADOS DA DOTAÇÃO

Cód. Reduzido: 18
 Órgão.....: 02 GABINETE DO PREFEITO
 Unidade.....: 001 GABINETE DO PREFEITO
 Função.....: 04 Administração
 Sub-Função.....: 122 Administração Geral
 Programa.....: 0011 ADMINISTRAÇÃO GERAL
 Proj./Ativ.....: 2002 MANUTENÇÃO E ENCARGOS COM O GABINETE DO PREFEITO
 El. Despesa.....: 3.3.90.39.00 Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica
 F. de Recursos...: 0999 Recursos que não se Enquadram nos Detalhamentos Anteriores


Detalhamento da Fonte de Recursos

0999.000 Sem Detalhamento da Destinação de Recursos 1.500,00

DADOS FINANCEIROS

6 - BANCO DO BRASIL S/A MOVIMENTO C/C 7145-5 DEBITO AUTOMATICO 01 7,80
 6 - BANCO DO BRASIL S/A MOVIMENTO C/C 7145-5 DEBITO AUTOMATICO 02 1.492,20

ASSINATURAS


 LEIZIPE DOMINGUES GONÇALVES
 PREFEITO MUNICIPAL


 JOSE GANDELMAR ABREU LUZ
 TESOUREIRO

Recebi a importância acima processada

Credor - Doc. nº:



Promoção Pessoal?
Despêsa empenhada
com recurso impróprio
do orçamento (Atividade 2002)

Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho.: 2413	Tipo.: Ordinário	Data.....: 2/6/2014
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 2023 - ARI DORNELES PEREIRA	C.N.P./C.P.F.: 00.489.320/0001-57	
Endereço.....: Rua Comercial Av dos Jequitibás, 580 -,0	Cidade: Sinop	UF: MT
Telefone.....:	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa.: OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ		
VALOR		
1.500,00 (Um Mil, Quinhentos Reais.)		
HISTÓRICO		
VALOR EMPENHADO, DESTINA-SE A COBRIR DESPESAS COM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DIVULGAÇÃO DE MATERIA RELACIONADA AO MUNICIPIO DE ALTO BOA VISTA, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód Reduzido.: 18		
Órg. Unid.....: 02.001	GABINETE DO PREFEITO	
Função.....: 04	Administração	
Sub-Função.....: 122	Administração Geral	
Programa.....: 0011	ADMINISTRAÇÃO GERAL	
Proj./Ativ.....: 2002	MANUTENÇÃO E ENCARGOS COM O GABINETE DO PREFEITO	
El. Despesa.....: 3.3.90.39.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	
SubElemento....: 99	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA JURÍDICA	
F. de Recursos.: 0999	Recursos que não se Enquadram nos Detalhamentos Anteriores	
Detalhamento da Fonte		
0999.000 Sem Detalhamento da Destinação de Recursos		1.500,00
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior....: 15.575,19	Lanç. Empenho.: 1.500,00	Saldo Atual.....: 14.075,19
ORDENADOR DA DESPESA		
 LEUZIPE DOMINGUES GONÇALVES PREFEITO MUNICIPAL		 JOÃO BATISTA RAMALHO NEVES CONTADOR - CRC MT 010455/OO-7
Por ser verdade, firmo o presente		
		Credor - Doc. nº:



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA
CNPJ 37.465.143/0001 – 89

CI N.º 10/2014

Alto Boa Vista – MT, 09 de Junho de 2014.

DE: GABINETE
PARA: SETOR DE COMPRAS

Prezado Senhor,

Venho por meio deste, solicitar de Vossa Senhoria as providencias necessárias para pagamento de divulgação junto a agencia da noticia de convênios e projetos relacionados a este município.

Aproveitamos o ensejo, para renovar nossos votos de estima e considerações.

Atenciosamente,

LEUZIPE DOMINGUES GONÇALVES
Prefeito Municipal





an an an an an an an an an
ARI DORNELLES PEREIRA
 an an an an an an an an an
Fone: (66) 3564 2088
 an an an an an an an an an

CNPJ: 00.489.320/0001-57

Rua Presidente Francisco Neves
 nº 1 - Centro - Cep: 78.652-000
 Confresa - Mato Grosso

NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

SÉRIE "BS"

0334

Data: 09 de Junho de 2014. 1ª via - Branca - 2ª via - Azul - 3ª via - Jornal
 Nome: Prefeitura Municipal de Alta Boa Vista MT.
 Endereço: Av. Maeser Condeles Matiel PV
 CNPJ/CPF: 39.465.443.0001-84. I.E./RG.:

QUANT	UNID.	DISCRIMINAÇÃO	P. UNIT.	TOTAL
		Divulgação de Materias Relacio- nadas ao Município de Alta Boa Vista MT.		1.500,00
		PG. 3889-6.		}
		PC. 25215-P.		
		Banca Brasil.		
		ARI DORNELLES PEREIRA MT		

02 - Blocos 50x3 de 000.301 à 000.400 - Série B-S - AIDF Nº 101/2013 de 01/08/2013 - VÁLIDA SE EMITIDA ATÉ 01/08/2015
 GRÁFICA ARIPEL - Fone: (66) 3564 1143 - CONFRESA - MT - CNPJ 01.363.488/0001-01 - CCI 13.170.016-2 - PROCON - MT - Av. Hilaríador
 Rubens de Mendonça (Av. do CPA) nº 917 - Bairro Aradá, Ed. Eldorado Executive Center - Cep 78008-000 (ao lado da Polícia Federal) - Fone: 151

Total 1.500,00



Imprimir Notícia

28.Mai.14 - 07:53 | Atualizado em 28.Mai.14 - 09:34

Prefeito de Alto Boa vista anuncia pacote de obras para o município, investimento no sistema de água é de mais de R\$ 3 milhões (Vídeo)

O anuncio foi feito na tarde de domingo, (11), durante entrevista concedida ao Portal Agência da Notícia em um evento de comemoração do dia das Mães realizado na quadra coberta de Alto Boa Vista.

Foram várias benfeitorias anunciada pelo executivo. "Convênio empenhado e assinado nós temos dois na Secretaria da Cidade que é uma calçada, R\$ 340.000,00, além de uma praça pra entrada da cidade, R\$ 320.000,00", afirmou o prefeito Leuzipe Domingues.

O prefeito disse ainda que esteve em Brasília onde conseguiu o que ele considera mais importante para a população, o projeto de saneamento básico, no valor de mais de R\$ 3 milhões. "Fui em Brasília e assinamos aquilo que o povo mais sonha que é o projeto da água. Nós assinamos um projeto de R\$ 3.510.000,00 pra trazer água do três pontes até a cidade, com isso vamos resolver de vez o problema da água em Alto Boa Vista", explicou o Prefeito.

Além dos referidos benefícios está incluso também no "pacote" um projeto já assinado e empenhado para trazer 34 mil metros quadrados de lama asfáltica para recuperar o asfalto da cidade que segundo Domingues, já está na Secretaria de Estado de Infra-Estrutura (SINFRA) de Mato Grosso.

O chefe do executivo afirmou também que a obra do posto de saúde rural já foi licitada e está em andamento.

O serviço de reforma, ampliação da creche municipal e construção do muro, já foi concluído. Outro fato importante lembrado por Domingues foi que anteriormente toda seção da câmara municipal havia uma indicação relacionada a iluminação pública e atualmente a prefeitura reverteu a situação e lançou um desafio. "Aonde houver uma lâmpada apagada, é só ligar que nós mandamos colocar de imediato. Nós não temos uma lâmpada apagada na nossa cidade. E temos dinheiro na conta, o povo paga, graças a Deus o povo paga e o dinheiro está ai pra ser investido" disse o prefeito satisfeito com sua atuação frente à prefeitura de Alto Boa Vista.



SOLICITAÇÃO DE PRODUTOS/SERVIÇOS

Solicitação Nº: 53/2014

Cód. da Solicitação: 5124

Data: 09/06/2014

Para: DEPTO DE COMPRAS - SEC. MUN. ADM.
PLANEJ.

De: GABINETE DO PREFEITO

Requerente: LEUZIPE DOMINGUES GONÇALVES

Observação:

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS REFERENTE A DIVULGAÇÃO DE CONVENIOS E PROJETOS RELACIONADOS A ESTE MUNICIPIO

Item	Código	Nome Produto/Serviço	Quant.	Unidade
1	5529	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	1	UN

1 produto/serviço impresso(s).

QTDE. TOTAL DOS ITENS:

1

Requerente



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA
C.N.P.J. 37465143000189 Fone: 6635391113
AVENIDA SERRA NOVA,975 - ALTO BOA VISTA

ORDEM DE SERVIÇO Nº 1509/2014

Fornecedor: 705 - ARI DORNELES PEREIRA
Endereço: RUA PRESIDENTE FRANCISCO NEVES, nº 1 Cep: 78652000
Cidade: Estado: MT
CGC: 00489320000157 Código: 5464
Insc.Est.: Cód. Protocolo(s):
Nr. Processo: Ano:
Nrº da Conta: Conta:
Nrº Agência: Agência:
Nrº Banco: Banco:

ITENS

Código	Qtde	Nome	Unidade	Valor Unit.	Total
5529	1,0000	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	UN	R\$ 1.500,000000	R\$ 1.500,00
Utilização:	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS REFERENTE A DIVULGAÇÃO DE CONVENIOS E PROJETOS RELACIONADOS A ESTE MUNICIPIO				
Núcleo de Consumo 0 -			Veículo: 0 - -		
Data: 09/06/2014		IRRF: 0,00	INSS: 0,00	ISS: 0,00	Descontos: 0,00
TOTAL BRUTO: R\$ 1.500,00					
TOTAL A PAGAR: R\$ 1.500,00					
VENCIMENTO					

Wanderley Vilela dos Santos
Diretor, Depart. de Compras
Pct.: 067/2013 - PMABV



Nota de Liquidação

DADOS DA LIQUIDAÇÃO
 Nº da Liquidação: 1 Tipo: Liquidação de Empenho Data.....: 09/06/2014
 Nº do Empenho: 2413 Data do empenho.....: 2/6/2014 Processo:

DADOS DO CREDOR
 Nome...: 2023 - ARI DORNELES PEREIRA C.N.P./J/C.P.F: 00.489.320/0001-57
 Endereço: Rua Comercial Av dos Jequitibás, 580 -,0 Cidade: Sinop UF: MT

VALORES

Valor do Empenho.....	1.500,00
Valor da Nota de Liquidação	1.500,00
Valor a Liquidar.....	0,00
Valor Processado.....	1.500,00
Valor Líquido Liquidado	1.500,00

HISTÓRICO
 VALOR EMPENHADO, DESTINA-SE A COBRIR DESPESAS COM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DIVULGAÇÃO DE MATERIA RELACIONADA AO MUNICIPIO DE ALTO BOA VISTA, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

DADOS DA DOTAÇÃO
 Cód. Reduzido: 18
 Órgão.....: 02 GABINETE DO PREFEITO
 Unidade.....: 001 GABINETE DO PREFEITO
 Função.....: 04 Administração
 Sub-Função.....: 122 Administração Geral
 Programa.....: 0011 ADMINISTRAÇÃO GERAL
 Proj./Ativ.....: 2002 MANUTENÇÃO E ENCARGOS COM O GABINETE DO PREFEITO
 SubElemento.....: 99 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA JURÍDICA
 Fonte Recurso.: 0999 Recursos que não se Enquadram nos Detalhamentos Anteriores

Detalhamento da Fonte
 0999.000 Sem Detalhamento da Destinação de Recursos 1.500,00

Notas Fiscais

Nº/Série	Data Emissão	NF-e / SEFAZ	Valor Nota	Valor Desconto	Valor Líquido
334/1	09/06/2014		1.500,00	0,00	1.500,00

ASSINATURAS
 LEUZIPE DOMINGUES GONCALVES
 PREFEITO MUNICIPAL
 JOSÉ MILHOMEM CIRQUEIRA
 AGENTE ADMINISTRATIVO

Por ser verdade, firmo o presente

 Credor



Transferência entre contas diversas

Debitado

Agência	1135-5	
Conta corrente	7145-5	PM ABV CONTA MOVIMENTO

Creditado

Agência	3989-6	
Conta corrente	25215-8	ARI DORNELES PEREIRA
Valor	1.500,00	
Data	Nesta data	

Assinada por	J8239485 JOSE GANDELMAR ABREU LUZ	09/07/2014 07:49:30
	J8129601 LEUZIPE DOMINGUES GONCALVES	09/07/2014 07:50:29

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8129601 LEUZIPE DOMINGUES GONCALVES.



ORDEM DE PAGAMENTO - Orçamentária

DADOS DA OP

Nº Ordem Pagamento: 3546 Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 9/7/2014
 Nº do Empenho: 2413 Data do empenho....: 2/6/2014 Processo:
 Gênero da Despesa.: OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ

DADOS DO CREDOR

Nome...: 2023 - ARI DORNELES PEREIRA C.N.P./J/C.P.F: 00.489.320/0001-57
 Endereço: Rua Comercial Av dos Jequitibás, 580 -,0 Cidade: Sinop UF: MT
 Banco.....: Agência: Conta Corrente:
 Telefone....: Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....:	1.500,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1.....:	1.500,00
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....:	1.500,00
Saldo a pagar do Empenho	0,00
Líquido a Pagar	1.500,00

HISTÓRICO

VALOR EMPENHADO, DESTINA-SE A COBRIR DESPESAS COM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DIVULGAÇÃO DE MATERIA RELACIONADA AO MUNICIPIO DE ALTO BOA VISTA, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

DADOS DA DOTAÇÃO

Cód. Reduzido: 18	
Órgão.....: 02	GABINETE DO PREFEITO
Unidade.....: 001	GABINETE DO PREFEITO
Função.....: 04	Administração
Sub-Função.....: 122	Administração Geral
Programa.....: 0011	ADMINISTRAÇÃO GERAL
Proj./Ativ.....: 2002	MANUTENÇÃO E ENCARGOS COM O GABINETE DO PREFEITO
El. Despesa.....: 3.3.90.39.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica
F. de Recursos.: 0999	Recursos que não se Enquadram nos Detalhamentos Anteriores


Detalhamento da Fonte de Recursos

0999.000 Sem Detalhamento da Destinação de Recursos	1.500,00
---	----------

DADOS FINANCEIROS

6 - BANCO DO BRASIL S/A MOVIMENTO C/C 7145-5	DEBITO AUTOMATICO 01	1.500,00
--	----------------------	----------

ASSINATURAS


 LEUZIFE DOMINGUES GONÇALVES
 PREFEITO MUNICIPAL


 JOSE GANDELMAR ABREU LUZ
 TESOUREIRO

Recebi a importância acima processada

Credor - Doc. nº :

RELAÇÃO DA FROTA DE VEICULOS SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

MARCA	MODELO	PLACA	COR	ANO AQUISIÇÃO	VALOR	PREFEITURA/COMODATO
MICROONIBUS	VW 15.190	OBO-2422	AMARELO	2014	227.780,00	COMODATO
MICROONIBUS	VW 15.190	OBS-6424 ✓	AMARELO	2014	227.780,00	COMODATO
MICROONIBUS	MPOLO VOLARE	OBB-3233 ✓	AMARELO	2013	139.500,00	PREFEITURA
ONIBUS	VW/15.190	OBB-3133 ✓	AMARELO	2012	170.130,00	PREFEITURA
MICROONIBUS	IVECO/CITYCLASS	NPL-8501 ✓	AMARELO	2012	0,01	COMODATO
MICROONIBUS	MERCEDES-BENZ	NUG-5437 ✓	AMARELO	2011	0,01	COMODATO
KOMBI/VOLKSWAGEN	<i>Extensão</i> KOMBI	JYD-9362	BRANCA	2010	6.000,00	COMODATO
FORD RANGER	<i>Sec. Educ</i> FORD	NJH-2173 ✓	BRANCA	2013	0,01	COMODATO

RELAÇÃO DA FROTA DE VEICULOS GERAL

MARCA	MODELO	PLACA	COR	ANO AQUISIÇÃO	VALOR	PREFEITURA/COMODATO
HONDA	NXR 150	NJI-3708	VERMELHA	2013	0,00	COMODATO
<i>CRAS</i> FIAT/UNO	MILLE ECONOMY	OBL-2982	BRANCA	2013	19.224,00	COMODATO
FIAT/UNO	MILLE ECONOMY	OBJ-9902	BRANCA	2013	19.224,00	COMODATO
<i>Const.</i> FIAT/UNO	MILLE ECONOMY	NJV-2415	BRANCA	2010	0,01	COMODATO
FIAT/UNO	MILLE ECONOMY	NJC-3646	BRANCA	2008	14.000,00	PREFEITURA
<i>Educa</i> MICROONIBUS <i>comodato</i>	VW 15.190	OBO-2422	AMARELO	2014 x	227.780,00	COMODATO
MICROONIBUS	VW 15.190	OBS-6424	AMARELO	2014	227.780,00	COMODATO
MICROONIBUS	MPOLO VOLARE	OBG-3233	AMARELO	2013	139.500,00	PREFEITURA
MICROONIBUS	VW/15.190	OBG-3133	AMARELO	2012	170.130,00	PREFEITURA
MICROONIBUS	IVECO/CITYCLASS	NPL-8501	AMARELO	2012	0,01	COMODATO
MICROONIBUS	MERCEDES-BENZ	NUG-5437	AMARELO	2011	0,01	COMODATO
KOMBI/VLKWAGEN	KOMBI	JYD-9362	BRANCA	2010 x	6.000,00	COMODATO
CAMINHÃO MERCEDES	BENZ L 1517	BSG-2176	VERMELHA	2012	53.503,50	PREFEITURA
CAMINHÃO MERCEDES	BENZ 1513	JYGG-5944	AMARELO	2002	22.500,00	PREFEITURA
CAMINHÃO BASCULANTE	MERCEDES L 1620	NPC-4011	BRANCA	2009	0,01	COMODATO
CAMINHÃO BASCULANTE	MERCEDES L 1620	KAU-6811 ✓	BRANCA	2009	0,01	COMODATO
CAMINHÃO BASCULANTE	MERCEDES L 1620	KAU-7101 ✓	BRANCA	2009	0,01	COMODATO
MOTO HONDA	BROS 150	NPF-6377	AMARELA	2008	5.175,00	PREFEITURA
MOTO HONDA	CG 150	OBH-5433	PRETA	2013	5.928,00	PREFEITURA
MOTO HONDA	CG 125 FAN	NIY-0729	PRETA	2009	3.800,00	PREFEITURA
MOTO HONDA	XLR 125	KAI-6110	BRANCA	2002	3.400,00	PREFEITURA
<i>Sauvel</i> S 10 RODEIO	CHEVROLET S10	NUD-2196	BRANCA	2011	63.290,00	PREFEITURA
<i>Sauvel</i> S 10 AMBULANCIA	GM/CHEVROLET	NJE-7338	BRANCA	2009	0,01	PREFEITURA
FORD RANGER	FORD	NJH-2173	BRANCA	2013	0,01	COMODATO
CORRIER	FORD CORRIER	NUD-1657	BRANCA	2011	0,01	COMODATO
CAMINHONETE L 200	L 200	NJE-8163	BRANCA	2013	0,01	PREFEITURA
CAMINHONETE L 200	L 200	NJU-8617	BRANCA	2013	0,01	PREFEITURA
MOTONIVELADORA 845 B	845 B	222222	AMARELA	2009	0,01	COMODATO
MONIVELADORA 120K	120K	201-3	AMARELA	2014	374.300,00 ✓	COMODATO
TRATOR AGRAL DE PNEU	AGRAL 4X4	111-1111	CINZA	2010	68.720,00	PREFEITURA
TRATOR NIWHOLLAND	TRAÇADO 7630	000-0002	AZUL	2007	50.000,00	PREFEITURA
TRATOR MASSEYFERGUSON	283	001-001	VERMEHA	1999	25.000,00	PREFEITURA
PA CARREGADEIRA	CASE W20E	111-111	CINZA	2009	0,01	COMODATO
RETROESCAVADEIRA	RD406	000-0000	AMARELO	2012	162.700,00	COMODATO
HILUX SW4 4X4SRV	HILUX	OAQ-9423	BRANCA	2014	185.000,00 ✓	PREFEITURA



RELAÇÃO DE BENS
Entre 01/01/1950 A 01/01/2030

Plaqueta	Tipo	Descrição	Proprietário	Localização	Código	N.º Empenho	NF	Aquisição	Estado	Valor
446	M	APARELHO FAX INTELBRAS	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	446	0	0	28/05/2003	G	110,40
448	M	MONITOR LG 14 POLEGADAS	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	448	0	0	31/12/2001	G	29,44
449	M	ARMARIO EM MDF C/ 2 PORTAS	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	449	0	0	27/11/2006	B	184,00
450	M	CPU LG	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	450	0	0	31/12/2010	G	852,48
451	M	CADEIRA FIXA TUBULAR ESTOFADO MARROM	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	451	0	0	31/12/1998	G	0,77
452	M	CADEIRA FIXA TUBULAR ESTOFADO MARROM	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	452	0	0	31/12/1998	G	0,77
453	M	CADEIRA GIRATORIA C/ RODIZIO	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	453	0	0	23/03/2009	G	110,88
454	M	MESA EM FORMICA P/ COMPUTADOR	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	454	0	0	31/12/2010	G	69,12
455	M	CPU LG	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	455	0	0	28/01/2011	G	1.013,52
457	M	MESA EM MDF EM L ESTRUT. FERRO COR TABACO	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	457	0	0	10/10/2003	G	32,98
458	M	IMPRESSORA HP 1005	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	458	0	0	30/04/2008	B	472,00
459	M	IMPRESSORA HP LAZER 1215	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	459	0	0	31/12/2010	G	167,04
460	M	VENTILADOR DE TETO PA DE MADEIRA	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	460	0	0	31/12/2000	G	0,80
461	M	MONITOR BENG	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	461	0	0	31/12/2010	B	400,00
462	M	AR CONDICIONADO CONSUL 10000 BTUS	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	462	0	0	07/05/2007	G	830,56
2852	M	DESKTOP MEGA WARE 15 ITB HD 4GB MEM C/ MONITOR E ESTAB 300VA	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	2852	1217	797	04/04/2013	B	2.080,00
2853	M	ESTABILIZADOR EVS LINE 1000 VA BIVOLT	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	2853	1217	797	04/04/2013	B	242,40
2926	M	FOTOCOPIADORA COM CAPACIDADE PARA 20.000 COPIAS PRETO E BRANCO	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	2926	2979	910	14/08/2013	B	664,80
2940	M	BEBEDOURO ELETRICO/COLUNA 02 TORNEIRAS P/ GL 20 LTS	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	2940	2982	425	22/08/2013	B	500,00
2941	M	ARQUIVO ESC AÇO C/04 GAVETAS	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	2941	3222	2581	28/08/2013	B	376,00
2948	M	ARQUIVO ESC AÇO ELITE 04 GAVETAS CINZA	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	2948	3498	2697	20/09/2013	B	376,00



RELAÇÃO DE BENS
Entre 01/01/1950 A 01/01/2030

Plaqueta	Tipo	Descrição	Proprietário	Localização	Código	N.º Empenho	NF	Aquisição	Estado	Valor	
3041	M	MESA COM 02 GAVETAS EM L 1,80 X 140 X 0,75	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	3041	812	577	26/02/2014	B	610,00	
3082	M	NOTEBOOK INTEL I3 500 GB 04 GB	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	3082	1005	1257	19/03/2014	B	2.130,28	
3153	M	CADEIRA PARA ESCRITORIO	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA - MT	SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL - BOLSA FAMILIA	3153	2890	649	30/07/2014	B	143,10	
Total de bens		24							Valor total	11.397,34	

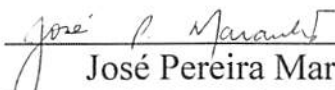


ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA
CNPJ - 37.465.143/0001-89
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

DECLARAÇÃO

Vimos por meio desta, informar que os transportes escolares ônibus placa OBO 2422, encontra se com defeito e como é um veículo novo, foi conduzido a cidade de Barra do Garças – MT, onde está passando por revisão, na mecânica autorizada da Volks, enquanto o veículo Kombi placa JYD 9362, está transportando alunos na extensão da Escola Municipal Betel na Fazenda Morumbi, localizada neste município.

Sendo o que tenho.

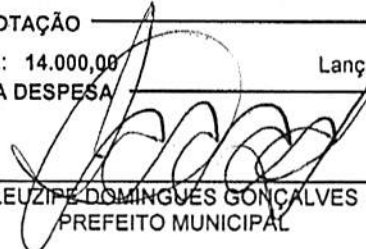

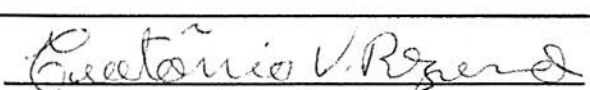


José Pereira Maranhão
Secretária Municipal de Educação

José Pereira Maranhão
Sec. Mun. de Educação
Port. 0022/2012 - PMA/BV



Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho.: 2374	Tipo.: Ordinário Processo. 204/2014	Data.....: 27/5/2014
Modalidade:		
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 3245 - TEOTONIO VIEIRA REZENDE	C.N.P./J/C.P.F....: 486.301.521-68	
Endereço....: Avenida BRASIL,998	Cidade: ALTO BOA VISTA	UF. MT
Telefone.....:	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa...: DIÁRIAS DENTRO DO ESTADO		
VALOR		
570,00 (Quinhentos e Setenta Reais.)		
HISTÓRICO		
VALOR EMPENHADO, DESTINA-SE A COBRIR DESPESAS COM CONSEÇÃO DE 03 DIARIAS PARA ACOMPANHAR O PACIENTE JOSE FERREIRA REIS PARA FAZER CIRURGIA DE APENDICE, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód Reduzido.: 437		
Órg. Unid.....: 07.002	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
Função.....: 10	Saúde	
Sub-Função.....: 301	Atenção Básica	
Programa.....: 0007	ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EMERGENCIAL E HOSPITALAR	
Proj./Ativ.....: 2031	MANUT. E ENC. COM FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
El. Despesa.....: 3.3.90.14.00	Diárias - Civil	
SubElemento....: 01	DIÁRIAS - NO PAÍS (DENTRO DO ESTADO)	
F. de Recursos.: 0201	Recultas de Impostos e de Transferência de Impostos - Educação	
Detalhamento da Fonte		
0201.000 Sem Detalhamento da Destinação de Recursos		570,00
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior....: 14.000,00	Lanç. Empenho...: 570,00	Saldo Atual.....: 13.430,00
ORDENADOR DA DESPESA		
 LEUZIFE DOMINGUES GONCALVES PREFEITO MUNICIPAL		 JOÃO BATISTA RAMALHO NEVES CONTADOR - CRC MT 010455/00-7
Por ser verdade, firmo o presente		
		 Credor - Doc. nº:

103284
 48630152168



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA
Secretaria Municipal de Saúde

NOSSA MISSÃO:

Atender o Direito a Saúde dos Usuários inseridos no Sistema Único de Saúde quanto às necessidades de Saúde e/ou doença de Alto Boa Vista – MT de acordo com a legislação vigente.

CI nº. 413/2014/SMS/ABV-MT.

Alto Boa Vista – MT, 30 de maio de 2014.

DE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Juraci Rezende Alves - secretário

PARA: SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO
A/C Agemiro Abreu Valadares

ASSUNTO: DIÁRIAS

Prezado Senhor,

Venho por meio desta, solicitar 03 (três) diárias ao servidor abaixo que estará dirigindo o veículo caminhonete S10 placa NUD 2196, tal solicitação se justifica, pois o motorista irá até a cidade de Querência-MT no dia 30 de maio levar e acompanhar o paciente José Pereira Reis que fará cirurgia de apendicite.

Teotônio Vieira Rezende - motorista- CPF: (486.301.521-68)

Usar recurso das contas: 10700-X

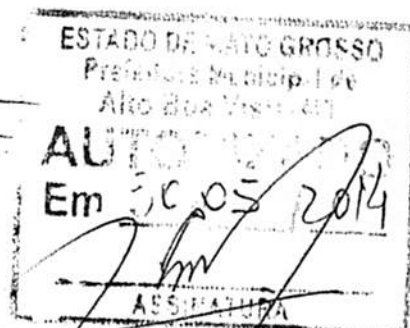
Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Juraci Rezende Alves
Sec. Munc. de Saúde
Port. 003/2014-PMABV



Juraci Rezende Alves
Secretário de Saúde
Portaria 003/2013



Agemiro Abreu Valadares
Secretário Municipal
Administração e Planejamento
Portaria 007/2014-PMABV



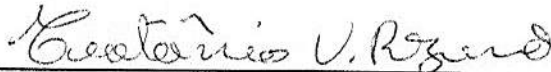
PROTOCOLO

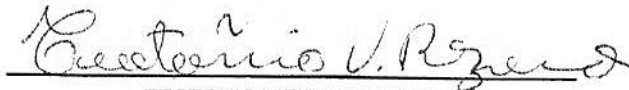
Nº Processo: 204/2014 Código: 2423
Data Inicial: 30/05/2014 16:21:02
Tipo: 1 - DIARIA
Requerente: 699 - TEOTONIO VIEIRA REZENDE
Unidade: 1 - GABINETE DO SECRETÁRIO - SEC. MUN. SAÚDE
Setor: 19 - GABINETE DO SECRETÁRIO - SEC. MUN. SAÚDE
Memorando Anexo: 353/2014 Código: 4960
Destinatário: GABINETE DO SECRETÁRIO - SEC. MUN. ADM. E PLANEJ.
Unidade Setor:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTDE	UNIDADE
1	DIARIA	3	UN

Assunto:

PARA ACOMPANHAR O PACIENTE JOSE PEREIRA REIS QUE FARÁ CIRURGIA DE APENDICE, CONFORME CI EM ANEXO.


TEOTONIO VIEIRA REZENDE - SERVIDOR


TEOTONIO VIEIRA REZENDE
RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO



SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA

Código: 978

Solicito 3 diária(s) em nome de TEOTONIO VIEIRA REZENDE

Cargo ou Função: MOTORISTA I

Secretaria.....: 2011 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Departamento.....: 2011 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Para atender despesas de viagem a: QUERENCIA MT

A fim de PARA ACOMPANHAR O PACIENTE JOSE PEREIRA REIS QUE FARÁ CIRURGIA DE APENDICE, CONFORME CI EM ANEXO.

No período de 30/05/2014 a 02/06/2014

Chefe do Setor

SETOR DE RECURSOS HUMANOS:

Aufere a importância de R\$ 570,00 (QUINHENTOS E SETENTA REAIS)

devidamente anotada na respectiva ficha de controle de diárias.

Data: 30/05/2014

Departamento Pessoal

SETOR FINANCEIRO:

Nota de empenho nº

Valor de R\$ 570,00 (QUINHENTOS E SETENTA REAIS)

Em: __/__/__



Prefeito Municipal

Secretário de Finanças

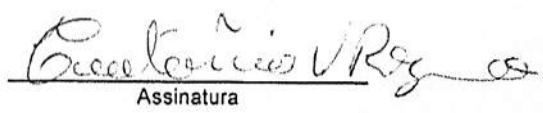
QUITAÇÃO:

Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA/MT o cheque nº Banco:

O valor de R\$ 570,00 (QUINHENTOS E SETENTA REAIS)

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA/MT

Em __/__/__



Assinatura



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA
CGC 37.465.143/0001-89

RELATORIO DE VIAGEM – DIARIAS E ADIANTAMENTOS

NOME DO SERVIDOR: _____

DE: ALTO BOA VISTA - MT

PARA: _____

PERIODO DA VIAGEM: DE 30/06/14 A 03/06/14
 DIARIAS CONCEDIDAS: _____ TOTAL R\$ 569.00 CHEQUE () ESPECIE ()
 ADIANTAMENTO CONCEDIDO: _____ R\$ _____ CHEQUE () ESPECIE ()
 TOTAL GERAL: _____ R\$ 569.00
 VALOR UTILIZADO: _____ R\$ _____
 SALDO REMANESCENTE _____ R\$ _____

TIPO DE TRANSPORTE UTILIZADO:

	IDA	RETORNO
RODOVIÁRIO:		
VEICULO OFICIAL	(x)	(x)
VEICULO PRÓPRIO	()	()
ONIBUS/EMPRESA: _____	()	()
AÉREO		
AVIÃO DE LINHA/EMPRESA /	()	()
TAXI AEREO/EMPRESA _____	()	()
FLUVIAL _____	()	()

Objetivo da viagem: _____ Satisfatório () sim () não

Órgãos e/ou pessoas contatadas:

Levar acompanhante o paciente Gisele Pereira Reis que fará cirurgia de apendicite

Por ser expressão da verdade, assino o presente em duas vias de igual teor e forma

Secretário M.R.
 Servidor

Visto/ Parecer da Coordenação de Controle Interno.

De acordo

[Assinatura]
Janaina Rodrigues Silva
 Controladora Interna
 CRC 012310/0-MT - PMABV

DATA:

10/06/14.

Coordenador de Controle Interno

Aprovado: () sim () não

DATA: ____/____/____

 SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO OU PREFEITO MUNICIPAL



DOC ou TED Eletrônico
Debitado

Agência	1135-5	
Conta corrente	10700-X	P MUN ALTO BOA VISTA FUS

Creditado

Banco	237	BANCO BRADESCO S.A.
Agência (sem DV)	618	S.FELIX DO ARAGUAIA
Conta corrente (com DV)	103284	
CPF	486.301.521-68	
Nome favorecido	TEOTONIO VIEIRA REZENDE	

Finalidade	CREDITO EM CONTA CORRENTE
------------	---------------------------

Número documento	61.002
------------------	--------

Valor	562,20
-------	--------

Data transferência	10/06/2014
--------------------	------------

"C" - CNPJ diferente	
----------------------	--

Autenticação SISBB	5F58EA79817515C3
--------------------	------------------

Assinada por	J8239485 JOSE GANDELMAR ABREU LUZ	10/06/2014 13:38:37
	J8129601 LEUZIPE DOMINGUES GONCALVES	10/06/2014 13:41:26

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8129601 LEUZIPE DOMINGUES GONCALVES.



ORDEM DE PAGAMENTO - Orçamentária

DADOS DA OP

Nº Ordem Pagamento: 3189 Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 10/6/2014
 Nº do Empenho: 2374 Data do empenho....: 27/5/2014 Processo: 204/2014
 Gênero da Despesa.: DIÁRIAS DENTRO DO ESTADO

DADOS DO CREDOR

Nome....: 3245 - TEOTONIO VIEIRA REZENDE C.N.P./C.P.F: 486.301.521-68
 Endereço: Avenida BRASIL,998 Cidade: ALTO BOA VISTA UF: MT
 Banco.....: Agência: Conta Corrente:
 Telefone....: Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....:	570,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1.....:	570,00
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....:	570,00
Saldo a pagar do Empenho	0,00
<hr/>	
Líquido a Pagar	570,00

HISTÓRICO

VALOR EMPENHADO, DESTINA-SE A COBRIR DESPESAS COM CONSEQÜO DE 03 DIARIAS PARA ACOMPANHAR O PACIENTE JOSE FERREIRA REIS PARA FAZER CIRURGIA DE APENDICE, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

DADOS DA DOTAÇÃO

Cód. Reduzido: 437
 Órgão.....: 07 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade.....: 002 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
 Função.....: 10 Saúde
 Sub-Função.....: 301 Atenção Básica
 Programa.....: 0007 ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EMERGENCIAL E HOSPITALAR
 Proj./Ativ.....: 2031 MANUT. E ENC. COM FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
 El. Despesa.....: 3.3.90.14.00 Diárias - Civil
 F. de Recursos...: 0201 Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Educação


Detalhamento da Fonte de Recursos


0201.000 Sem Detalhamento da Destinação de Recursos 570,00

DADOS FINANCEIROS

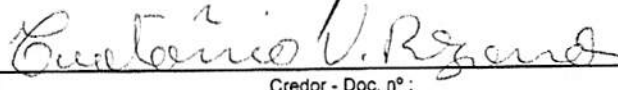
7 - BANCO DO BRASIL S/A C/C 10700-X DEBITO AUTOMATICO 01 7,80
 7 - BANCO DO BRASIL S/A C/C 10700-X DEBITO AUTOMATICO 02 562,20

ASSINATURAS


 LEUZIFE DOMINGUES GONÇALVES
 PREFEITO MUNICIPAL



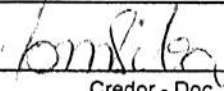

 JOSE GANDELMAR ABREU LUZ
 TESOUREIRO

Recebi a importância acima processada


 Credor - Doc. nº:



Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 2030	Tipo...: Ordinário	Data.....: 12/5/2014
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 2761 - LIDIANE MARINHO SILVA	C.N.P./C.P.F....: 015.820.611-81	
Endereço....: Avenida SERRA NOVA,0 CENTRO	Cidade: ALTO BOA VISTA	UF. MT
Telefone.....:	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa...: DIÁRIAS DENTRO DO ESTADO		
VALOR		
570,00 (Quinhentos e Setenta Reais.)		
HISTÓRICO		
VALOR EMPENHADO, DESTINA-SE A COBRIR DESPESAS COM CONSEÇÃO DE 3 DIARIAS PARA PARTICIPAR DO SEGUNDO MODULO DA CAPACITAÇÃO DO PLANEJASUS QUE TEM O OBJETIVO DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE SAUDE E ELABORAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DA SAUDE, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód Reduzido.: 437		
Órg. Unid.....: 07.002	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
Função.....: 10	Saúde	
Sub-Função.....: 301	Atenção Básica	
Programa.....: 0007	ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EMERGENCIAL E HOSPITALAR	
Proj./Ativ.....: 2031	MANUT. E ENC. COM FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
El. Despesa.....: 3.3.90.14.00	Diárias - Civil	
SubElemento...: 01	DIÁRIAS - NO PAÍS (DENTRO DO ESTADO)	
F. de Recursos.: 0201	Receltas de Impostos e de Transferência de Impostos - Educação	
Detalhamento da Fonte		
0201.000 Sem Detalhamento da Destinação de Recursos		570,00
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior....: 16.110,00	Leaç. Empenho...: 570,00	Saldo Atual.....: 15.540,00
ORDENADOR DA DESPESA		
 LEUZIPE DOMINGUES GONÇALVES PREFEITO MUNICIPAL		 JOÃO BATISTA RAMALHO NEVES CONTADOR - CRC MT 010455/00-7
Por ser verdade, firmo o presente		
		 Credor - Doc. nº :



PROTOCOLO

Nº Processo: 173/2014 Código: 2392
Data Inicial: 16/05/2014 15:33:06
Tipo: 1 - DIARIA
Requerente: 1230 - LIDIANE MARINHO SILVA
Unidade: 1 - GABINETE DO SECRETÁRIO - SEC. MUN. EDUCAÇÃO
Setor: 17 - GABINETE DO SECRETÁRIO - SEC. MUN. EDUCAÇÃO
Memorando Anexo: 244/2014 Código: 4717
Destinatário: GABINETE DO SECRETÁRIO - SEC. MUN. ADM. E PLANEJ.
Unidade Setor:

*015810 61181 -
018 5802392*

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTDE	UNIDADE
1	DIARIA	3	UN

Assunto:

PARA PARTICIPAR DO SEGUNDO MODULO DA CAPACITAÇÃO DO PLANEJASUS QUE TEM O OBJETIVO DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE SAUDE E ELABORAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DA SAÚDE, CONFORME CI EM ANEXO.

LIDIANE MARINHO SILVA - SERVIDOR

LIDIANE MARINHO SILVA
RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO



SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA

Código: 947

Solicito 3 diária(s) em nome de LIDIANE MARINHO SILVA

Cargo ou Função: DIRETOR DE DEPARTAMENTO

Secretaria.....: 2011 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Departamento.....: 2011 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Para atender despesas de viagem a: SÃO FELIX DO ARAGUAIA MT

A fim de PARA PARTICIPAR DO SEGUNDO MODULO DA CAPACITAÇÃO DO PLANEJASUS QUE TEM O OBJETIVO DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE SAUDE E ELABORAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DA SAÚDE, CONFORME CI EM ANEXO.

No período de 19/05/2014 a 22/05/2014

Chefe do Setor

SETOR DE RECURSOS HUMANOS:

Aufere a importância de R\$ 570,00 (QUINHENTOS E SETENTA REAIS)

devidamente anotada na respectiva ficha de controle de diárias.

Data: 16/05/2014


Departamento Pessoal

SETOR FINANCEIRO:

Nota de empenho nº

Em: __/__/__

Valor de R\$ 570,00 (QUINHENTOS E SETENTA REAIS)



Prefeito Municipal

Secretário de Finanças

QUITAÇÃO:

Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA/MT o cheque nº Banco:

O valor de R\$ 570,00 (QUINHENTOS E SETENTA REAIS)

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA/MT

Em __/__/__



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA
Secretaria Municipal de Saúde

NOSSA MISSÃO:

*Atender o Direito a Saúde dos
Usuários inseridos no Sistema Único
de Saúde quanto às necessidades de
Saúde e/ou doença de Alto Boa Vista –
MT de acordo com a legislação
vigente.*

CI nº. 339/2014/SMS/ABV-MT.

Alto Boa Vista – MT 16 de maio de 2014.

DE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Juraci Rezende Alves - secretário

PARA: SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO
A/C Agemiro Abreu Valadares

ASSUNTO: Dãrias

Prezado Senhor,

Venho por meio desta, Solicitar 03 (três) diãrias para cada um dos servidores relacionados abaixo que estarão se deslocando no dia 19 de maio ao município de São Felix do Araguaia para participarem do segundo modulo da Capacitação do PLANEJASUS que se realizará nos dias 19 a 23 de maio no CEFAPRO esta capacitação tem o objetivo de elaboração do Plano de Saúde e elaboração da programação anual de saúde. Segue documento em anexo.

- Juraci Rezende Alves – secretario de saúde- CPF: 327.560.381-72
- Lidiane Marinho Silva – diretor de departamento - CPF: 015.820.611-81
- Luciene Gomes de Oliveira Soares – Operador de sistema - CPF: 007.072.156-41
- Jaires Morais Pereira – coordenador da vigilância – CPF: 628.113.711-68

Usar recurso das contas: 10700-X

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,


Juraci Rezende Alves
Secretário de Saúde
Portaria 003/2013



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
19/05/2014 - AUTOATENDIMENTO - 12.56.10
1135501135 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
DOC ELETRONICO

CLIENTE: P MUN ALTO BOA VISTA FUS
AGENCIA: 1135-5 CONTA: 10.700-X

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0618-1 - S.FELIX DO ARAGUAIA
CONTA: 580.279-2

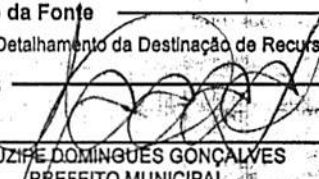

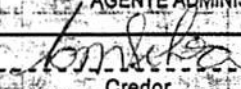
FAVORECIDO: LIDIANE MARINHO SILVA
CPF/CNPJ: 015.820.611-81
VALOR: R\$ 562,60
DEBITO EM: 19/05/2014

=====

DOCUMENTO: 051902
AUTENTICACAO SISBB: D.CF4.B39.6CA.41A.CF7



Nota de Liquidação

DADOS DA LIQUIDAÇÃO		
Nº da Liquidação: 1	Tipo: Liquidação de Empenho	Data.....: 16/05/2014
Nº do Empenho: 2030	Data do empenho.....: 12/5/2014	Processo:
DADOS DO CREDOR		
Nome...: 2761 - LIDIANE MARINHO SILVA	C.N.P./J/C.P.F: 015.820.611-81	
Endereço: Avenida SERRA NOVA,0 CENTRO	Cidade: ALTO BOA VISTA	UF: MT
VALORES		
Valor do Empenho.....		570,00
Valor da Nota de Liquidação.....		570,00
Valor a Liquidar.....		0,00
Valor Processado.....		570,00
Valor Líquido Liquidado		570,00
HISTÓRICO		
VALOR EMPENHADO, DESTINA-SE A COBRIR DESPESAS COM CONSEQÜENÇA DE 3 DIARIAS PARA PARTICIPAR DO SEGUNDO MODULO DA CAPACITAÇÃO DO PLANEJASUS QUE TEM O OBJETIVO DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE SAUDE E ELABORAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DA SAUDE, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód. Reduzido: 437		
Órgão.....: 07	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	
Unidade.....: 002	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
Função.....: 10	Saúde	
Sub-Função.....: 301	Atenção Básica	
Programa.....: 0007	ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EMERGENCIAL E HOSPITALAR	
Proj./Ativ.....: 2031	MANUT. E ENC. COM FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
SubElemento.....: 01	DIÁRIAS - NO PAÍS (DENTRO DO ESTADO)	
Fonte Recurso.: 0201	Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Educação	
Detalhamento da Fonte		
0201.000 Sem Detalhamento da Destinação de Recursos		570,00
ASSINATURAS		
		
LEUZIFE DOMINGUES GONÇALVES PREFEITO MUNICIPAL	JOSÉ MILHOMEM CIRQUEIRA AGENTE ADMINISTRATIVO	
Por ser verdade, firmo o presente		
		Credor



ORDEN DE PAGAMENTO - Orçamentária

DADOS DA OP			
Nº Ordem Pagamento:	2494	Tipo: Pagamento de Empenho	Data....: 19/5/2014
Nº do Empenho:	2030	Data do empenho....: 12/5/2014	Processo:
Gênero da Despesa..:	DIÁRIAS DENTRO DO ESTADO		
DADOS DO CREDOR			
Nome....:	2761 - LIDIANE MARINHO SILVA	C.N.P./J/C.P.F: 015.820.611-81	
Endereço:	Avenida SERRA NOVA,0 CENTRO	Cidade: ALTO BOA VISTA	UF: MT
Banco.....:	Agência:	Conta Corrente:	
Telefone....:	Fax.....:		
VALORES			
Valor do Empenho.....:			570,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1.....:			570,00
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....:			570,00
Saldo a pagar do Empenho			0,00
Líquido a Pagar			570,00
HISTÓRICO			
VALOR EMPENHADO, DESTINA-SE A COBRIR DESPESAS COM CONSEQÜENÇA DE 3 DIARIAS PARA PARTICIPAR DO SEGUNDO MODULO DA CAPACITAÇÃO DO PLANEJASUS QUE TEM O OBJETIVO DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE SAUDE E ELABORAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DA SAUDE, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.			
DADOS DA DOTAÇÃO			
Cód. Reduzido:	437		
Órgão.....:	07	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	
Unidade.....:	002	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
Função.....:	10	Saúde	
Sub-Função.....:	301	Atenção Básica	
Programa.....:	0007	ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EMERGENCIAL E HOSPITALAR	
Proj./Ativ.....:	2031	MANUT. E ENC. COM FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
El. Despesa.....:	3.3.90.14.00	Diárias - Civil	
F. de Recursos...:	0201	Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Educação	
Detalhamento da Fonte de Recursos			
0201.000 Sem Detalhamento da Destinação de Recursos			570,00
DADOS FINANCEIROS			
7 - BANCO DO BRASIL S/A C/C 10700-X	DEBITO AUTOMATICO 01		7,40
7 - BANCO DO BRASIL S/A C/C 10700-X	DEBITO AUTOMATICO 02		562,60
ASSINATURAS			
 LEUZIPE DOMINGUES GONCALVES PREFEITO MUNICIPAL		 JOSE GANDELMAR ABREU LUZ TESOUREIRO	
Recebi a importância acima processada		 Credor - Doc. nº :	



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA
CGC 37.465.143/0001-89

RELATORIO DE VIAGEM - DIARIAS E ADIANTAMENTOS

NOME DO SERVIDOR: Luciane Marinho Lima

DE: ALTO BOA VISTA - MT Felix do Araguaia

PARA: _____

PERIODO DA VIAGEM: DE 19/05/14 A 23/05/14

DIARIAS CONCEDIDAS: 03 TOTAL R\$ 562,60 CHEQUE () ESPECIE (X)

ADIANTAMENTO CONCEDIDO: R\$ _____ CHEQUE () ESPECIE ()

TOTAL GERAL: _____ R\$ _____

VALOR UTILIZADO: _____ R\$ _____

SALDO REMANESCENTE _____ R\$ _____

TIPO DE TRANSPORTE UTILIZADO:

	IDA	RETORNO
RODOVIÁRIO:		
VEICULO OFICIAL	(X)	(X)
VEICULO PRÓPRIO	()	()
ONIBUS/EMPRESA: _____ / _____	()	()
AÉREO		
AVIÃO DE LINHA/EMPRESA _____ / _____	()	()
TAXI AEREO/EMPRESA _____	()	()
FLUVIAL _____	()	()

Objetivo da viagem: _____ Satisfatório (X) sim () não

Órgãos e/ou pessoas contatadas:

Oficina do Plano - SOS para construção do Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde.

Por ser expressão da verdade, assino o presente em duas vias de igual teor e forma

Luciane Marinho Lima
 Servidor

Visto/ Parecer da Coordenação de Controle Interno.

DATA: _____

 Coordenador de Controle Interno

Aprovado: () sim () não

DATA: ____/____/____

 SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO OU PREFEITO MUNICIPAL



PROTOCOLO

Nº Processo: 201/2014 Código: 2420
Data Inicial: 26/05/2014 09:52:33
Tipo: 1 - DIARIA
Requerente: 581 - JOSEANE OPPELT
Unidade: 1 - GABINETE DO SECRETÁRIO - SEC. MUN. SAÚDE
Setor 19 - GABINETE DO SECRETÁRIO - SEC. MUN. SAÚDE
Memorando Anexo: 349/2014 Código: 4948
Destinatário: GABINETE DO SECRETÁRIO - SEC. MUN. ADM. E PLANEJ.
Unidade Setor:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTDE	UNIDADE
1	DIARIA	3	UN

Assunto:

PARA PARTICIPAR DE UMA CAPACITAÇÃO DO NOVO PROGRAMA E-SUS AB, CONFORME CI EM ANEXO.



JOSEANE OPPELT - SERVIDOR



JOSEANE OPPELT
RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO



SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA

Código: 975

Solicito 3 diária(s) em nome de JOSEANE OPPELT

Cargo ou Função: RECEPCIONISTA

Secretaria.....: 2011 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Departamento.....: 2011 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Para atender despesas de viagem a: SAO FELIX DO ARAGUAIA MT

A fim de PARA PARTICIPAR DE UMA CAPACITAÇÃO DO NOVO PROGRAMA E-SUS AB, CONFORME CI EM ANEXO.

No período de 29/05/2014 a 01/06/2014

Chefe do Setor

SETOR DE RECURSOS HUMANOS:

Aufere a importância de R\$ 570,00 (QUINHENTOS E SETENTA REAIS)

devidamente anotada na respectiva ficha de controle de diárias.

Data: 26/05/2014

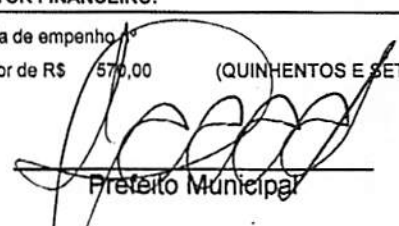
Departamento Pessoal

SETOR FINANCEIRO:

Nota de empenho nº

Valor de R\$ 570,00 (QUINHENTOS E SETENTA REAIS)

Em: __/__/__



Prefeito Municipal

Secretário de Finanças

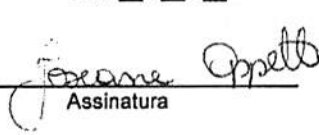
QUITAÇÃO:

Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA/MT o cheque nº Banco:

O valor de R\$ 570,00 (QUINHENTOS E SETENTA REAIS)

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA/MT

Em __/__/__



Assinatura



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA
Secretaria Municipal de Saúde

NOSSA MISSÃO:

Atender o Direito a Saúde dos Usuários inseridos no Sistema Único de Saúde quanto às necessidades de Saúde e/o doença de Alto Boa Vista – MT de acordo com a legislação vigente.

CI nº. 406/2014/SMS/ABV-MT.

Alto Boa Vista – MT, 26 de maio de 2014.

DE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Juraci Rezende Alves - secretário

PARA: SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO
A/C Agemiro Abreu Valadares

ASSUNTO: Diárias

Prezado Senhor,

Venho por meio desta, solicitar 03 (três) diárias a servidora abaixo que estará participando de uma capacitação do novo programa e-SUS AB, a qual acontecerá nos dias 28 e 29 deste mês em São Félix do Araguaia.

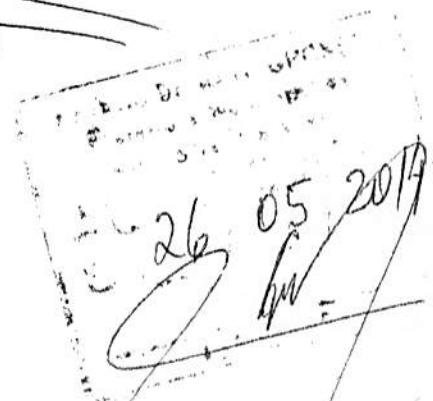
- Joseane Oppelt (CPF: 014.641.730-52)

Usar recurso das contas: 10700-X

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Juraci Rezende Alves
Sec. Mun. de Saúde
Port. 003/2013
Juraci Rezende Alves
Secretário de Saúde
Portaria 003/2013





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE
SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA – MT.

OFICIO CIRCULAR Nº 045 UNIDADE-ERS/ SFA-MT / 2014

São Félix do Araguaia – MT, 07 de Maio de 2014.

Para: Secretarias Municipais de Saúde de Alto Boa Vista, Luciara, Novo Santo Antonio, Serra Nova Dourada, São Felix do Araguaia.

De: Escritório Regional de Saúde de São Félix do Araguaia.
João Abreu – Diretor

Prezado (a) Senhor (a),


Cumprimentando – os (as) cordialmente, vimos por meio deste, convidá-los para participar da capacitação do e-SUS AB e considerando que o ERS de São Félix do Araguaia não participou da Capacitação para implantação do e-SUS AB, ocorrida em outubro de 2013. O Grupo de Trabalho responsável pela condução da implantação da estratégia e-SUS AB em Mato Grosso, oferece apoio a esse Escritório para realização de uma Capacitação para os municípios da região.

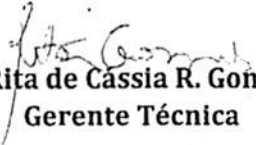
Para tanto, solicitamos 02 representantes de cada município, sendo o coordenador de atenção primária e o responsável pelos sistemas de informação em saúde do município:


- Local: Escritório Regional de Saúde SFA;
- Nos dias 28 e 29 de maio.

Certos de contarmos com vossa parceria, colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente.


João Abreu Luz
Diretor ERS/SFA


Rita de Cássia R. Gomes
Gerente Técnica


Andréia Araújo
Tec. Da Atenção à Saúde



Transferência entre contas diversas

Debitado

Agência 1135-5
Conta corrente 7145-5 PM ABV CONTA MOVIMENTO

Creditado

Agência 2128-8
Conta corrente 22330-1 MICHAEL FERRAZ NASCIMENTO
Valor 560,00
Data Nesta data

Assinada por J8239485 JOSE GANDELMAR ABREU LUZ
J8129601 LEUZIPE DOMINGUES GONCALVES

06/06/2014 13:14:41
06/06/2014 13:18:24



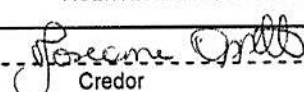
Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8129601 LEUZIPE DOMINGUES GONCALVES.

*Diária
Josemar Oppell*



Nota de Liquidação

DADOS DA LIQUIDAÇÃO			
Nº da Liquidação:	1	Tipo: Liquidação de Empenho	Data.....: 26/05/2014
Nº do Empenho:	2117	Data do empenho.....: 16/5/2014	Processo: 201/2014
DADOS DO CREDOR			
Nome...:	1717 - JOSEANE OPPELT	C.N.P./C.P.F: 014.641.730-52	
Endereço:	Residencial AV PLANALTO, 1132 -,0	Cidade: ALTO BOA VISTA	UF: MT
VALORES			
Valor do Empenho.....:			570,00
Valor da Nota de Liquidação			570,00
Valor a Liquidar.....:			0,00
Valor Processado.....:			570,00
Valor Líquido Liquidado			570,00
HISTÓRICO			
VALOR EMPENHADO, DESTINA-SE A COBRIR DESPESAS COM CONSEQÜO DE 3 DIARIAS PARA SERVIDOR PARTICIPAR DE CAPACITAÇÃO DO NOVO PROGRAMA E-SUS AB, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.			
DADOS DA DOTAÇÃO			
Cód. Reduzido:	437		
Órgão.....:	07	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	
Unidade.....:	002	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
Função.....:	10	Saúde	
Sub-Função.....:	301	Atenção Básica	
Programa.....:	0007	ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EMERGENCIAL E HOSPITALAR	
Proj./Ativ.....:	2031	MANUT. E ENC. COM FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
SubElemento.....:	01	DIÁRIAS - NO PAÍS (DENTRO DO ESTADO)	
Fonte Recurso..:	0201	Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Educação	
Detalhamento da Fonte			
0201.000 Sem Detalhamento da Destinação de Recursos			570,00
ASSINATURAS			
 LEUZIPE DOMINGUES GONÇALVES PREFEITO MUNICIPAL		 JOSE MILHOMEM CIRQUEIRA AGENTE ADMINISTRATIVO	
Por ser verdade, firmo o presente		 Credor	



ORDEM DE PAGAMENTO - Orçamentária

DADOS DA OP

Nº Ordem Pagamento: 3177 Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 6/6/2014
 Nº do Empenho: 2117 Data do empenho....: 16/5/2014 Processo: 201/2014
 Gênero da Despesa.: DIÁRIAS DENTRO DO ESTADO

DADOS DO CREDOR

Nome...: 1717 - JOSEANE OPPELT C.N.P./C.P.F: 014.641.730-52
 Endereço: Residencial AV PLANALTO, 1132 -,0 Cidade: ALTO BOA VISTA UF: MT
 Banco.....: Agência: Conta Corrente:
 Telefone...: Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....	570,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1.....	570,00
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....	570,00
Saldo a pagar do Empenho	0,00
Líquido a Pagar	570,00

HISTÓRICO

VALOR EMPENHADO, DESTINA-SE A COBRIR DESPESAS COM CONSEQÜENÇA DE 3 DIARIAS PARA SERVIDOR PARTICIPAR DE CAPACITAÇÃO DO NOVO PROGRAMA E-SUS AB, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

DADOS DA DOTAÇÃO

Cód. Reduzido: 437	
Órgão.....: 07	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
Unidade.....: 002	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Função.....: 10	Saúde
Sub-Função.....: 301	Atenção Básica
Programa.....: 0007	ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EMERGENCIAL E HOSPITALAR
Proj./Ativ.....: 2031	MANUT. E ENC. COM FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
El. Despesa.....: 3.3.90.14.00	Diárias - Civil
F. de Recursos.: 0201	Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Educação


Detalhamento da Fonte de Recursos

0201.000 Sem Detalhamento da Destinação de Recursos 570,00

DADOS FINANCEIROS

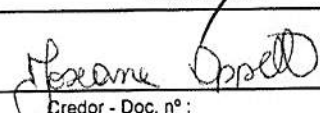
6 - BANCO DO BRASIL S/A MOVIMENTO C/C 7145-5 DEBITO AUTOMATICO 01 570,00

ASSINATURAS


 LEUZIFE DOMINGUES GONÇALVES
 PREFEITO MUNICIPAL


 JOSE GANDELMAR ABREU LUZ
 TESOUREIRO

Recebi a importância acima processada


 Credor - Doc. nº :

ORDEM DE PAGAMENTO - Orçamentária

DADOS DA OP

Nº Ordem Pagamento: 3225 Tipo: Pagamento de Empenho Data....: 27/6/2014
 Nº do Empenho: 2117 Data do empenho....: 16/5/2014 Processo: 201/2014
 Gênero da Despesa...: DIÁRIAS DENTRO DO ESTADO

DADOS DO CREDOR

Nome...: 1717 - JOSEANE OPPELT C.N.P./J.C.P.F.: 014.641.730-52
 Endereço: Residencial AV PLANALTO, 1132 -,0 Cidade: ALTO BOA VISTA UF: MT
 Banco.....: Agência: Conta Corrente:
 Telefone...: Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....	570,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1.....	570,00
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....	570,00
Saldo a pagar do Empenho	0,00
Líquido a Pagar	570,00

HISTÓRICO

VALOR EMPENHADO, DESTINA-SE A COBRIR DESPESAS COM CONSEQÜÊNCIA DE 3 DIARIAS PARA SERVIDOR PARTICIPAR DE CAPACITAÇÃO DO NOVO PROGRAMA E-SUS AB, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

DADOS DA DOTAÇÃO

Cód. Reduzido: 437
 Órgão.....: 07 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade.....: 002 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
 Função.....: 10 Saúde
 Sub-Função.....: 301 Atenção Básica
 Programa.....: 0007 ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EMERGENCIAL E HOSPITALAR
 Proj./Ativ.....: 2031 MANUT. E ENC. COM FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
 El. Despesa.....: 3.3.90.14.00 Diárias - Civil
 F. de Recursos...: 0201 Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Educação

Detalhamento da Fonte de Recursos

0201.000 Sem Detalhamento da Destinação de Recursos	560,00
201201.00 Sem Detalhamento da Destinação de Recursos	10,00

DADOS FINANCEIROS

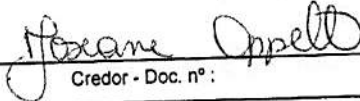
0 - Caixa		10,00
6 - BANCO DO BRASIL S/A MOVIMENTO C/C 7145-5	DEBITO AUTOMATICO 01	560,00

ASSINATURAS


 LEUZIPE DOMINGUES GONÇALVES
 PREFEITO MUNICIPAL


 JOSE GANDELMAR ABREU LUZ
 TESOUREIRO

Recebi a importância acima processada


 Credor - Doc. nº :



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA
CGC 37.465.143/0001-89

RELATORIO DE VIAGEM - DIARIAS E ADIANTAMENTOS

NOME DO SERVIDOR: JOSEANE OPPELT
DE: ALTO BOA VISTA - MT
PARA: São Félix do Araguaia
PERIODO DA VIAGEM: DE 27/05/14 A 29/05/14
DIARIAS CONCEDIDAS: 03 TOTAL R\$ R\$570,00 CHEQUE (X) ESPECIE ()
ADIANTAMENTO CONCEDIDO: R\$ _____ CHEQUE () ESPECIE ()
TOTAL GERAL: R\$ _____
VALOR UTILIZADO: R\$ _____
SALDO REMANESCENTE R\$ _____

TIPO DE TRANSPORTE UTILIZADO:

RODOVIÁRIO:	IDA	RETORNO
VEICULO OFICIAL	(X)	(X)
VEICULO PRÓPRIO	()	()
ONIBUS/EMPRESA: _____ / _____	()	()
AÉREO		
AVIÃO DE LINHA/EMPRESA /	()	()
TAXI AEREO/EMPRESA _____	()	()
FLUVIAL _____	()	()

Objetivo da viagem: Satisfatório (X) sim () não
Órgãos e/ou pessoas contatadas: Exatário Regional de Saúde,
com o objetivo de realizar capacitação do
e Sus nos dias 28 e 29 e orientações a
respeito do Sivan no dia 27/05.

Por ser expressão da verdade, assino o presente em duas vias de igual teor e forma

Joseane Opelt
Servidor

Visto/ Parecer da Coordenação de Controle Interno.

DATA: _____

Coordenador de Controle Interno



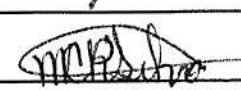
Aprovado: () sim () não

DATA: ____/____/____

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO OU PREFEITO MUNICIPAL



Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 3557	Tipo...: Ordinário	Data.....: 1/9/2014
Processo. 267/2014		
Modalidade:		
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 2113 - MARIA DA CONCEIÇÃO RODRIGUES SILVA	C.N.P./J/C.P.F....: 328.776.091-20	
Endereço....: Avenida 03 DE OUTUBRO,0	Cidade: ALTO BOA VISTA	UF. MT
Telefone.....:	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa...: DIÁRIAS DENTRO DO ESTADO		
VALOR		
95,00 (Noventa e Cinco Reais.)		
HISTÓRICO		
VALOR EMPENHADO, DESTINA-SE A COBRIR DESPESAS COM CONSEQÜÊNCIA DE 0,5 DIÁRIA PARA PARTICIPAR DE CAPACITAÇÃO, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód Reduzido.: 76		
Órg. Unid.....: 05.001	GABINETE DO SECRETARIO	
Função.....: 08	Assistência Social	
Sub-Função.....: 244	Assistência Comunitária	
Programa.....: 0081	ASSISTÊNCIA A COMUNIDADE	
Proj./Ativ.....: 2014	MANUT. E ENC. COM SEC. MUNIC. DE DESENV. E AÇÃO SOCIAL	
El. Despesa.....: 3.3.90.14.00	Diárias - Civil	
SubElemento....: 01	DIÁRIAS - NO PAÍS (DENTRO DO ESTADO)	
F. de Recursos.: 0100	Recursos Ordinários	
Detalhamento da Fonte		
0100.000 Sem Detalhamento da Destinação de Recursos		95,00
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior....: 4.735,00	Lañc. Empenho...: 95,00	Saldo Atual.....: 4.640,00
ORDENADOR DA DESPESA		
 LEUZIPE DOMINGUES GONCALVES PREFEITO MUNICIPAL		 JOÃO BATISTA RAMALHO NEVES CONTADOR - CRC MT 010455/OO-7
Por ser verdade, firmo o presente		
		 Credor - Doc. nº:



PROTOCOLO

Nº Processo: 267/2014 Código: 2486
Data Inicial: 04/09/2014 15:01:29
Tipo: 1 - DIARIA
Requerente: 169 - MARIA DA CONCEIÇÃO RODRIGUES SILVA
Unidade: 1 - GABINETE DO SECRETÁRIO - SEC. MUN. DESENV. AÇÃO SOCIAL
Setor: 16 - CONSELHO TUTELAR - SEC. MUN. DESENV. AÇÃO SOCIAL
Memorando Anexo: 3/2014 Código: 5527
Destinatário: GABINETE DO SECRETÁRIO - SEC. MUN. ADM. E PLANEJ.
Unidade Setor:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTDE	UNIDADE
1	DIARIA	0,5	UN

Assunto:

PARA PARTICIPAR DA OFICINA DE CAPACITAÇÃO, CONFORME CI EM ANEXO.

MARIA DA CONCEIÇÃO RODRIGUES SILVA

MARIA DA CONCEIÇÃO RODRIGUES SILVA
RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO



SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA

Código: 1041

Solicito 0,5 diária(s) em nome de MARIA DA CONCEIÇÃO RODRIGUES SILVA

Cargo ou Função: CONSELHEIRO TUTELAR

Secretaria.....: CONSELHO TUTELAR - SEC. MUN. DESENV. AÇÃO SOCIAL

Departamento.....: GABINETE DO SECRETÁRIO - SEC. MUN. ADM. E PLANEJ.

Para atender despesas de viagem a: PORTO ALEGRE DO NORTE MT

A fim de PARA PARTICIPAR DA OFICINA DE CAPACITAÇÃO, CONFORME CI EM ANEXO.

No período de 05/09/2014 a 05/09/2014

Chefe do Setor

SETOR DE RECURSOS HUMANOS:

Aufere a importância de R\$ 95,00 (NOVENTA E CINCO REAIS)

devidamente anotada na respectiva ficha de controle de diárias.

Data: 04/09/2014


Departamento Pessoal

SETOR FINANCEIRO:

Nota de empenho nº

Valor de R\$ 95,00 (NOVENTA E CINCO REAIS)

Em: __/__/__



Prefeito Municipal

Secretário de Finanças


QUITAÇÃO:

Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA/MT o cheque nº Banco:

O valor de R\$ 95,00 (NOVENTA E CINCO REAIS)

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA/MT

Em __/__/__



Assinatura



Prefeitura Municipal de Alto Boa Vista – MT
Secretaria Municipal de Assistência Social

CI nº406/SMAS/2014

Alto Boa Vista, 04 de agosto de 2014

Ref.: Aquisição de Diárias para Capacitação Conselheiras Tutelares

Exmo. Sr. Agemiro Abreu Valadares
MD. Sec. Mun. De Administração e Planejamento
Alto Boa Vista – MT


Venho pelo presente solicitar à Vossa Senhoria aquisição de 02 e 1/2 (duas e meia) diárias em nome das Conselheiras Tutelares JÂNDIA DE SOUZA MOURA, JAQUELINE REZENDE ALVES, MARIA DA CONCEIÇÃO RODRIGUES SILVA, MINERVINA PEREIRA BRITO TÁBTA BATISTA RAIMUNDO que irão participar da Oficina de Capacitação, que se realizará no dia 05 de setembro de 2014 na sede da Promotoria de Justiça em Porto Alegre – MT.

Documentação de comprovações em anexo.

Sem mais para o momento, agradecemos a atenção e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

RECURSO: PRÓPRIO

Atenciosamente


Divina Eugênia de Sousa
Secretária Mun. De Assis. Social

Portaria nº 004/2013

Avenida Moisés Dorneles Montiel, 975 Centro Fone/fax: (66) 3599-2128
Email: smas.abv@hotmail.com
Alto Boa Vista – MT - CEP: 78-665-000



Agemiro Abreu Valadares
Secretário Municipal
Administração e Planejamento



Emissão de comprovantes

05/09/2014 13:56:34

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
 05/09/2014 - AUTOATENDIMENTO - 13.56.34
 1135501135 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
 COMPROVANTE DE
 DOC ELETRONICO

CLIENTE: PM ABV ICMS EXPORTACAO
 AGENCIA: 1135-5 CONTA: 283.144-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE
 BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
 AGENCIA: 0618-1 - S.FELIX DO ARAGUAIA
 CONTA: 543.513-7

FAVORECIDO: MARIA DA CONCEICAO RODRIGUES SILVA
 CPF/CNPJ: 328.776.091-20
 VALOR: R\$ 467,20
 DEBITO EM: 04/09/2014

=====



DOCUMENTO: 090401
 AUTENTICACAO SISBB: 7.616.502.DA3.E1A.33C

Transação efetuada com sucesso por: J8239485 JOSE GANDELMAR ABREU LUZ.

Emp.
 3556
 3555
 3557
 3558
 3559



Nota de Liquidação

DADOS DA LIQUIDAÇÃO			
Nº da Liquidação:	1	Tipo: Liquidação de Empenho	Data.....: 04/09/2014
Nº do Empenho:	3557	Data do empenho....: 1/9/2014	Processo: 267/2014
DADOS DO CREDOR			
Nome...:	2113 - MARIA DA CONCEIÇÃO RODRIGUES SILVA	C.N.P./C.P.F: 328.776.091-20	
Endereço:	Avenida 03 DE OUTUBRO,0	Cidade: ALTO BOA VISTA	UF: MT
VALORES			
Valor do Empenho.....:			95,00
Valor da Nota de Liquidação			95,00
Valor a Liquidar.....:			0,00
Valor Processado.....:			95,00
Valor Líquido Liquidado			95,00
HISTÓRICO			
VALOR EMPENHADO, DESTINA-SE A COBRIR DESPESAS COM CONSEQÜO DE 0,5 DIARIA PARA PARTICIPAR DE CAPACITAÇÃO, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.			
DADOS DA DOTAÇÃO			
Cód. Reduzido:	76		
Órgão.....:	05	SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO E AÇÃO SOCIAL	
Unidade.....:	001	GABINETE DO SECRETARIO	
Função.....:	08	Assistência Social	
Sub-Função.....:	244	Assistência Comunitária	
Programa.....:	0081	ASSISTÊNCIA A COMUNIDADE	
Proj./Ativ.....:	2014	MANUT. E ENC. COM SEC. MUNIC. DE DESENV. E AÇÃO SOCIAL	
SubElemento.....:	01	DIÁRIAS - NO PAÍS (DENTRO DO ESTADO)	
Fonte Recurso...:	0100	Recursos Ordinários	
Detalhamento da Fonte			
0100.000 Sem Detalhamento da Destinação de Recursos			95,00
ASSINATURAS			
 LEUZIRE DOMINGUES GONÇALVES PREFEITO MUNICIPAL		 JOSE MILHOMEM CIRQUEIRA AGENTE ADMINISTRATIVO	
Por ser verdade, firmo o presente		 Credor	



ORDEM DE PAGAMENTO - Orçamentária

DADOS DA OP

Nº Ordem Pagamento: **4728** Tipo: **Pagamento de Empenho** Data....: **29/9/2014**
 Nº do Empenho: **3557** Data do empenho....: **1/9/2014** Processo: **267/2014**
 Gênero da Despesa...: **DIÁRIAS DENTRO DO ESTADO**

DADOS DO CREDOR

Nome...: **2113 - MARIA DA CONCEIÇÃO RODRIGUES SILVA** C.N.P./J/C.P.F.: **328.776.091-20**
 Endereço: **Avenida 03 DE OUTUBRO,0** Cidade: **ALTO BOA VISTA** UF: **MT**
 Banco.....: Agência: Conta Corrente:
 Telefone...: Fax.....:

VALORES

Valor do Empenho.....:	95,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1.....:	95,00
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....:	95,00
Saldo a pagar do Empenho	0,00
<hr/>	
Líquido a Pagar	95,00

HISTÓRICO

VALOR EMPENHADO, DESTINA-SE A COBRIR DESPESAS COM CONSEQÜO DE 0,5 DIARIA PARA PARTICIPAR DE CAPACITAÇÃO, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

DADOS DA DOTAÇÃO

Cód. Reduzido: **76**
 Órgão.....: **05** SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO E AÇÃO SOCIAL
 Unidade.....: **001** GABINETE DO SECRETARIO
 Função.....: **08** Assistência Social
 Sub-Função.....: **244** Assistência Comunitária
 Programa.....: **0081** ASSISTÊNCIA A COMUNIDADE
 Proj./Ativ.....: **2014** MANUT. E ENC. COM SEC. MUNIC. DE DESENV. E AÇÃO SOCIAL
 El. Despesa.....: **3.3.90.14.00** Diárias - Civil
 F. de Recursos...: **0100** Recursos Ordinários


Detalhamento da Fonte de Recursos


0100.000 Sem Detalhamento da Destinação de Recursos 95,00

DADOS FINANCEIROS


21 - BANCO DO BRASIL / ICM/EXPORT C/C 283144-9 DEBITO AUTOMATICO 01 95,00

ASSINATURAS


 LEUZIPE DOMINGUES GONÇALVES
 PREFEITO MUNICIPAL


 JOSE GANDELMAR ABREU LUZ
 TESOUREIRO

Recebi a importância acima processada


 Credor - Doc. nº:



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA
CGC 37.465.143/0001-89

RELATORIO DE VIAGEM - DIARIAS E ADIANTAMENTOS

NOME DO SERVIDOR: M^a da Conceição Rodrigues Silva
 DE: ALTO BOA VISTA - MT
 PARA: Porto Alegre do Norte - MT
 PERIODO DA VIAGEM: DE 05/09/14 A 05/10/14
 DIARIAS CONCEDIDAS: 112 TOTAL R\$ 95,00 CHEQUE () ESPECIE (x)
 ADIANTAMENTO CONCEDIDO: R\$ _____ CHEQUE () ESPECIE (x)
 TOTAL GERAL: R\$ _____
 VALOR UTILIZADO: R\$ _____
 SALDO REMANESCENTE R\$ _____

TIPO DE TRANSPORTE UTILIZADO:

	IDA	RETORNO
<u>RODOVIÁRIO:</u>		
VEICULO OFICIAL	(x)	(x)
VEICULO PRÓPRIO	()	()
ONIBUS/EMPRESA: _____ / _____	()	()
<u>AÉREO</u>		
AVIÃO DE LINHA/EMPRESA <u>/</u>	()	()
TAXI AEREO/EMPRESA _____	()	()
FLUVIAL _____	()	()

Objetivo da viagem: _____ Satisfatório (x) sim () não
 Órgãos e/ou pessoas contatadas:
Capacitação na Sede da Promotoria de Justiça em Porto Alegre do Norte - MT
 Por ser expressão da verdade, assino o presente em duas vias de igual teor e forma

 Servidor

Visto/ Parecer da Coordenação de Controle Interno.



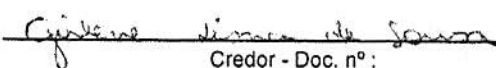
 DATA: _____ Coordenador de Controle Interno

Aprovado: (x) sim () não
 DATA: 05/10/14

 SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO OU PREFEITO MUNICIPAL



Nota de Empenho

DADOS DO EMPENHO		
N.º Empenho...: 1991	Tipo...: Ordinário	Data.....: 9/5/2014
	Processo. 162/2014	
Modalidade:		
DADOS DO CREDOR		
Nome.....: 2659 - GIRLENE LIMA DE SOUSA	C.N.P./C.P.F....: 618.091.012-04	
Endereço....: Rua 03 - S/N, QD14 LT165	Cidade: ALTO BOA VISTA	UF. MT
Telefone.....:	FAX.....:	
Banco.....:	Agência:	Conta:
Gênero Despesa...: DIÁRIAS DENTRO DO ESTADO		
VALOR		
950,00 (Novecentos e Cinquenta Reais.)		
HISTÓRICO		
VALOR EMPENHADO, DESTINA-SE A COBRIR DESPESAS COM CONSECÇÃO DE 05 DIARIAS PARA PARTICIPAR DA CAPACITAÇÃO DE PROFICIONAIS DA ODONTOLOGIA BRASILEIRA VINCULADOS AO SUS PARA ATENÇÃO BASICA E O CUIDADO DA SAUDE BUCAL DA PESSOA COM DEFICIENCIA, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.		
DADOS DA DOTAÇÃO		
Cód Reduzido.: 437		
Órg. Unid.....: 07.002	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
Função.....: 10	Saúde	
Sub-Função.....: 301	Atenção Básica	
Programa.....: 0007	ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EMERGENCIAL E HOSPITALAR	
Proj./Ativ.....: 2031	MANUT. E ENC. COM FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
El. Despesa.....: 3.3.90.14.00	Diárias - Civil	
SubElemento...: 01	DIÁRIAS - NO PAÍS (DENTRO DO ESTADO)	
F. de Recursos.: 0201	Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Educação	
Detalhamento da Fonte		
0201.000 Sem Detalhamento da Destinação de Recursos		950,00
VALORES DA DOTAÇÃO		
Saldo Anterior....: 18.200,00	Lanc. Empenho...: 950,00	Saldo Atual.....: 17.250,00
ORDENADOR DA DESPESA		
 LEUZIPE DOMINGUES GONÇALVES PREFEITO MUNICIPAL		 JOÃO BATISTA RAMALHO NEVES CONTADOR - CRC MT 010455/OO-7
Por ser verdade, firmo o presente		
		 Credor - Doc. nº:



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA
CGC 37.465.143/0001-89

RELATORIO DE VIAGEM - DIARIAS E ADIANTAMENTOS

NOME DO SERVIDOR: Cybele Lima de Sousa

DE: ALTO BOA VISTA - MT
 PARA: Curitiba

PERIODO DA VIAGEM: DE 29 / 05 / 14 A 23 / 05 / 14
 DIARIAS CONCEDIDAS: 5 TOTAL R\$ 950,00 CHEQUE () ESPECIE (X)
 ADIANTAMENTO CONCEDIDO: R\$ _____ CHEQUE () ESPECIE ()
 TOTAL GERAL: R\$ _____
 VALOR UTILIZADO: R\$ _____
 SALDO REMANESCENTE R\$ _____

TIPO DE TRANSPORTE UTILIZADO:

	IDA	RETORNO
RODOVIÁRIO:		
VEICULO OFICIAL	()	()
VEICULO PRÓPRIO	()	()
ONIBUS/EMPRESA: <u>Branco 1</u>	(X)	()
AÉREO		
AVIÃO DE LINHA/EMPRESA <u>1</u>	()	()
TAXI AEREO/EMPRESA	()	()
FLUVIAL	()	()

Objetivo da viagem: _____ Satisfatório (X) sim () não
 Órgãos e/ou pessoas contatadas: _____

Curso de capacitação atenção básica e o cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência.

Por ser expressão da verdade, assino o presente em duas vias de igual teor e forma

Cybele Lima de Sousa
 Servidor

Visto/ Parecer da Coordenação de Controle Interno.

DATA: _____

 Coordenador de Controle Interno

Aprovado: () sim () não

DATA: ___/___/___

 SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO OU PREFEITO MUNICIPAL



PROTOCOLO

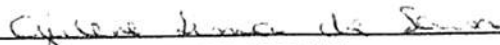
Nº Processo: 162/2014 Código: 2381
Data Inicial: 09/05/2014 16:46:58
Tipo: 1 - DIARIA
Requerente: 694 - GIRLENE LIMA DE SOUSA
Unidade: 1 - GABINETE DO SECRETÁRIO - SEC. MUN. SAÚDE
Setor: 19 - GABINETE DO SECRETÁRIO - SEC. MUN. SAÚDE
Memorando Anexo: 299/2014 Código: 4667
Destinatário: GABINETE DO SECRETÁRIO - SEC. MUN. ADM. E PLANEJ.
Unidade Setor:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTDE	UNIDADE
1	DIARIA	5	UN

Assunto:

PARA PARTICIPAR DA CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ODONTOLOGIA BRASILEIRA VINCULADOS AO SUS PARA ATENÇÃO BÁSICA E O CUIDADO DA SAÚDE BUCAL DA PESSOA COM DEFICIENCIA, CONFORME CI EM ANEXO.


GIRLENE LIMA DE SOUSA - SERVIDOR


GIRLENE LIMA DE SOUSA
RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO



SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA

Código: 936

Solicito 5 diária(s) em nome de GIRLENE LIMA DE SOUSA

Cargo ou Função: AUX. GABINETE ODONTOLOGICO

Secretaria.....: 2011 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Departamento.....: 2011 - PROGRAMA DE SAUDE DA FAMILIA

Para atender despesas de viagem a: CUIABA MT

A fim de PARA PARTICIPAR DA CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ODONTOLOGIA BRASILEIRA VINCULADOS AO SUS PARA ATENÇÃO BÁSICA E O CUIDADO DA SAÚDE BUCAL DA PESSOA COM DEFICIENCIA, CONFORME CI EM ANEXO.

No período de 18/05/2014 a 23/05/2014

Chefe do Setor

SETOR DE RECURSOS HUMANOS:

Aufere a importância de R\$ 950,00 (NOVECIENTOS E CINQUENTA REAIS)

devidamente anotada na respectiva ficha de controle de diárias.

Data: 09/05/2014


Departamento Pessoal

SETOR FINANCEIRO:

Nota de empenho nº

Em: __ / __ / __

Valor de R\$ 950,00 (NOVECIENTOS E CINQUENTA REAIS)



Prefeito Municipal

Secretário de Finanças

QUITAÇÃO:

Recebi da PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA/MT o cheque nº Banco:

O valor de R\$ 950,00 (NOVECIENTOS E CINQUENTA REAIS)

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA/MT

Em __ / __ / __

ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO BOA VISTA
Secretaria Municipal de Saúde

CI nº.335 / 2014/SMS/ABV-MT.

Alto Boa Vista – MT 06 de maio de 2014.

DE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Juraci Rezende Alves - secretário

PARA: SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO
A/C Agemiro Abreu Vaiadares

ASSUNTO: Diárias

Prezado Senhor,

Venho por meio desta, Solicitar 05 (cinco) diárias para cada um dos servidores relacionados abaixo que estarão se deslocando no dia 18 de maio a cidade de Cuiabá- MT. Tal solicitação se justifica, pois os servidores participarão da Capacitação de Profissionais da Odontologia Brasileira Vinculados ao SUS para Atenção Básica e o Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência que se realizará nos dias 15 a 23 de maio no Centro Estadual de Odontologia em Cuiabá. Segue documento em anexo.

- Jeannyne de Oliveira Barboza -- odontóloga - CPF: 061.203.291-31
- Girlene – auxiliar de consultório dentário - CPF: 618.091.012-04

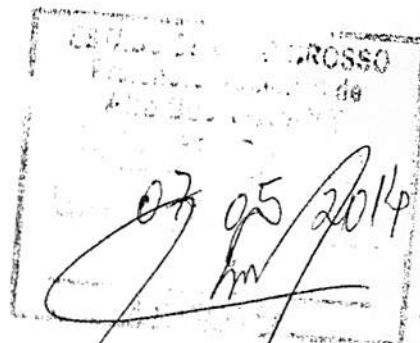
Usar recurso das contas: 10700-X

Sem mais para o momento.

Juraci Rezende Alves
Sec. Mun. de Saúde
Port. 003/2013 - PMABV

Juraci Rezende Alves
Secretaria de Saúde
Portaria 003/2013

Atenciosamente,



Transferência entre contas diversas

Debitado

Agência	1135-5	
Conta corrente	10700-X	P MUN ALTO BOA VISTA FUS

Creditado

Agência	1135-5	
Conta corrente	14614-5	JEANNYNE OLIVEIRA BARBOZA
Valor	950,00	
Data	Nesta data	

Assinada por	J8239485 JOSE GANDELMAR ABREU LUZ	09/05/2014 16:46:14
	J8129601 LEUZIPE DOMINGUES GONCALVES	09/05/2014 16:49:32

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8129601 LEUZIPE DOMINGUES GONCALVES.

Transferência entre contas diversas**Debitado**

Agência	1135-5	
Conta corrente	10700-X	P MUN ALTO BOA VISTA FUS

Creditado

Agência	1135-5	
Conta corrente	14614-5	JEANNYNE OLIVEIRA BARBOZA
Valor	406,60	
Data	Nesta data	

Assinada por	J8239485 JOSE GANDELMAR ABREU LUZ	09/05/2014 16:47:37
	J8129601 LEUZIPE DOMINGUES GONCALVES	09/05/2014 16:49:32

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8129601 LEUZIPE DOMINGUES GONCALVES.



ORDEM DE PAGAMENTO - Orçamentária

DADOS DA OP	
Nº Ordem Pagamento: 2472	Tipo: Pagamento de Empenho
Nº do Empenho: 1991	Data.....: 9/5/2014
Gênero da Despesa.: DIÁRIAS DENTRO DO ESTADO	Data do empenho.....: 9/5/2014
Processo: 162/2014	
DADOS DO CREDOR	
Nome...: 2659 - GIRLENE LIMA DE SOUSA	C.N.P./J/C.P.F.: 618.091.012-04
Endereço: Rua 03 - S/N, QD14 LT165	Cidade: ALTO BOA VISTA UF: MT
Banco.....:	Agência: Conta Corrente:
Telefone.....:	Fax.....:
VALORES	
Valor do Empenho.....:	950,00
Valor da Nota de Pagamento referente a parcela nº 1.....:	950,00
Valor pago do Empenho (inclui o valor desta nota).....:	950,00
Saldo a pagar do Empenho	0,00
Líquido a Pagar	950,00
HISTÓRICO	
VALOR EMPENHADO, DESTINA-SE A COBRIR DESPESAS COM CONSEÇÃO DE 05 DIARIAS PARA PARTICIPAR DA CAPACITAÇÃO DE PROFICIONAIS DA ODONTOLOGIA BRASILEIRA VINCULADOS AO SUS PARA ATENÇÃO BASICA E O CUIDADO DA SAUDE BUCAL DA PESSOA COM DEFICIENCIA, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.	
DADOS DA DOTAÇÃO	
Cód. Reduzido: 437	
Órgão.....: 07	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
Unidade.....: 002	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
Função.....: 10	Saúde
Sub-Função.....: 301	Atenção Básica
Programa.....: 0007	ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EMERGENCIAL E HOSPITALAR
Proj./Ativ.....: 2031	MANUT. E ENC. COM FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
El. Despesa.....: 3.3.90.14.00	Diárias - Civil
F. de Recursos...: 0201	Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Educação
Detalhamento da Fonte de Recursos	
0201.000 Sem Detalhamento da Destinação de Recursos	950,00
DADOS FINANCEIROS	
7 - BANCO DO BRASIL S/A C/C.10700-X	DEBITO AUTOMATICO 01 950,00
ASSINATURAS	
 LEUZIPE DOMINGUES GONÇALVES PREFEITO MUNICIPAL	 JOSE GANDELMAR ABREU LUZ TESOUREIRO
Recebi a importância acima processada	
 Credor - Doc. nº:	