



ESTADO DO PARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAVES
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



REQUERIMENTO

A: _____
 Sr^o: *Secretaria Municipal de Chaves*

IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Lorena Defácio dos Reis* Fone: *911 98994-6445*
 Endereço: _____ Município: Chaves
 Cargo/Função: *Médica - do Programa Mais Médicos*
 Lotação: _____

SOLICITAÇÃO

Vem requerer que lhe seja concedido:

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria | <input type="checkbox"/> Invalidez | <input type="checkbox"/> Auxílio funeral |
| | <input type="checkbox"/> Voluntária | |
| <input type="checkbox"/> Revisão | <input type="checkbox"/> Pensão | <input type="checkbox"/> Licença Prêmio |
| | <input type="checkbox"/> Aposentadoria | |
| | <input type="checkbox"/> Reforma | |
| | <input type="checkbox"/> Reserva | |
| <input type="checkbox"/> Incorporação | | <input type="checkbox"/> 1/3 de férias |
| <input type="checkbox"/> Certidão de tempo de serviço | | <input type="checkbox"/> Adicional noturno |
| <input type="checkbox"/> Licença para tratar de interesse particular | | <input type="checkbox"/> Solicitação de folgas |
| <input type="checkbox"/> Exoneração | <input type="checkbox"/> Efetivo | <input checked="" type="checkbox"/> Outros |
| | <input type="checkbox"/> Comissionado | |
| | <input type="checkbox"/> Concursada | |
| | <input type="checkbox"/> Contratado | |

Recebi em:
13/02/20
Dr. Lorena Defácio dos Reis
 Diretor do Hospital Municipal de Chaves
 Decreto nº 062/2019

Justificativa a solicitação: *Vem por meio desta, solicitar a ajuda de custo referente ao mês de janeiro de 2020,*

CHAVES-PA *13/2/2020*

Atenciosamente:

Dr. Lorena Defácio dos Reis
 RMS: 1501264
 PARÁ-CHAVES
 PROGRAMA MAIS MÉDICOS
 Assinatura do requerente *[Signature]*



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAVES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Memorando - SEMSA/ Nº 031

Chaves - PA, 13 de fevereiro de 2020.

Para: Contabilidade

Assunto: Solicitação de Empenho e Pagamento.

Prezado (a) senhor (a);

Venho por meio deste solicitar providências, para empenho e pagamento de ajuda de custo no valor de R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais), da Médica do Programa Mais Médicos Dra. Lorena Defácio dos Reis, referente a ajuda de custo do mês de fevereiro de 2020.

Atenciosamente,

FERNANDA LOBO

SECRETARIA DE SAUDE DE CHAVES

Fernanda Lobo
Secretaria Municipal
de Saúde de Chaves/PA
Decreto Nº 052 de 18/11/2019

NOTA DE EMPENHO 13020001

Pará
Governo Municipal de Chaves
Fundo Municipal de Saúde
Exercício de 2020

Data: 13/02/2020

Modalidade: ordinário

INTERESSADO

Credor.... LORENA DEFACIO DOS REIS
Endereço.. Chaves-PA
C.P.F..... 040.647.581-45
Banco..... 001 Agência: 2536 C/C.: 18.749-6

CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Unidade orçamentária..... 20 04. Fundo Municipal de Saúde
Func.programática 10 301 0200 2.032 Manutenção da Secretária Municipal de Sa
úde
Categoria econômica.... 3.3.90.48.00 outros aux. finan. a pessoas físicas
Fonte de recurso..... 12140000 Transferência SUS Bloco de custeio
origem dos recursos.... Despesa fixada
Processo de compra..... não aplicável

DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO - em R\$

Saldo anterior	valor empenhado	saldo disponível
37.500,00	2.500,00	35.000,00

Autorizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecidas as condições e especificações constantes desta NOTA DE EMPENHO.

Histórico...: Valor que se empenha para fazer face às despesas com AJUDA DE CUSTO_PROGRAMA MAIS MÉDICOS BRASIL_REF. A JANEIRO/2020_CONFORME MEM.031/2020-SEMSA.

Item	Quantidade	Unid.	Código	Especificação da despesa	Valor unitário	Valor total (R\$)
001	1,0000	UNIDAD	034017	AJUDA DE CUSTO PROGRAMA MAIS MÉDICOS	2.500,00	2.500,00

Chaves, 13 de Fevereiro de 2020.

Autorizo

ADALBERTO MELO LUCENA JUNIOR
EMPENHADOR

FERNANDA LOBO COSTA
SECRETÁRIA MUNICIPAL

FERNANDA
LOBO
COSTA:59160365
234

Assinado de forma digital
por FERNANDA LOBO
COSTA:59160365234
Dados: 2020.02.13
18:24:28 -03'00'



FLS.00

INTERESSADO:

À CONTROLADORIA

Para análise, parecer e demais providência para conclusão do processo de pagamento da despesa.

ADALBERTO LUCENA JR.

CONTABILIDADE



PARECER DE REGULARIDADE DO CONTROLE INTERNO

Parecer Nº 080/2020–COGEM

Chaves/PA, 14 de fevereiro de 2020.

Assunto: Ajuda de Custo – Programa Mais Médicos Brasil

Destinação: Secretaria Municipal de Saúde - SEMSA

Fundamento Legal:

DECRETO MUNICIPAL Nº 010 DE 28 DE JUNHO DE 2017

Altera o Decreto Municipal nº 022 de 22 de maio de 2014, que dispõe sobre a regulamentação do Programa “Mais Médicos Brasil” no Município de Chaves e dá outras providências.

Art. 3º - Conforme o que estabelece o artigo 3º § 3º e artigo 10º da portaria nº 30/2014/SGTES/MS, fica estabelecido os seguintes valores para pagamentos referentes a:

- I – Moradia – Valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais)
- II – Alimentação – Valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais)

Parágrafo único: O valor referente a ajuda de custo para moradia e alimentação fica estabelecido em R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais)

Art. 4º - Fica estabelecido a ajuda de custo no valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais), para custear deslocamento para atividades docentes e de saída de férias e fim de missão.

Parecer:

O Processo em análise por esse controle interno é referente ao pagamento de ajuda de custo para os Médicos intercambistas do Programa Mais Médicos Brasil, **LORENA DEFÁCIO DOS REIS**, CPF: 040.647.581-45, no valor de R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais), a fim de custear seus deslocamentos do mês de **fevereiro**. O valor deverá ser depositada na conta bancária da mesma:

- **Lorena Defácio dos Reis:** Banco do Brasil, Agência: 2536-4, Conta: 18749-6

PARECER DE REGULARIDADE DO CONTROLE INTERNO

Portanto, por conter este processo a documentação pertinente, devidamente empenhado, encaminho a Tesouraria para que as demais providências necessárias sejam tomadas, e que sejam anexados os seguintes documentos:

- Comprovante de Pagamento (extrato bancário)
- Ordem Bancária (OB)


LIDIANE NASCIMENTO GOMES
CONTROLADORA GERAL DO MUNICÍPIO



17/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 13:07:30
167401674 SEGUNDA VIA 0018
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: PA 150250 FMS CUSTEIO SUS
AGENCIA: 1674-8 CONTA: 36.656-0

=====
DATA DA TRANSFERENCIA 17/02/2020
NR. DOCUMENTO 552.536.000.018.749
VALOR TOTAL 2.500,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LORENA DEFACIO DOS REIS
AGENCIA: 2536-4 CONTA: 18.749-6
NR. DOCUMENTO 551.674.000.036.656

=====
NR. AUTENTICACAO 7.598.66C.E63.E8D.633

OK