



Município de Nova Santa Bárbara - PR

Endereço: Rua Walfredo Bittencourt de Moraes, 222 - Centro CEP: 86250000 Cidade: Nova Santa Bárbara
CNPJ: 95561080000160 IE: Fone: (43) 3266-8100 Fax: Mesmo

NOTA DE PAGAMENTO

Data: 30/08/2022 Previsão N°: 4410 Liquidação N°: 4044/2022 Empenho N°: 2540/2022 Requisição N°: _____

Caracterização: _____ Número: _____
Forma: Aditivo _____
Contrato: _____ Aditivo: _____ Início da vigência: _____ Fim da vigência: _____ Fim da vig. atualizada: _____ Início da execução: _____ Fim da execução: _____ Fim da exe. atualizada: _____

Beneficiário: ANTONIO CARLOS BIGNARDI Matrícula: 20626-1 CPF/CNPJ: 528.382.699-68
Endereço: RUA WALFREDO BITTENCOURT MORAES, 331 - CASA Barro: CENTRO
Cidade: Nova Santa Bárbara/PR CEP: 86250-000 Fone: 4332661254 Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 001 Agência: 2573-9 Conta: 23557-1

Classificação da despesa: 08 Secretaria Municipal de Saúde
08.001 Fundo Municipal de Saúde
08.001.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde
08.001.0330.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Valor: R\$ 40,00

Outras informações: _____
Total de retenções: R\$ 0,00
Valor líquido: R\$ 40,00

Autorização: ROSANA RUY DE SOUZA Documento: 083004 Data: 30/08/2022 Valor: R\$ 40,00

Objeto: Saude - Receitas Vinculadas (E.C 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303

Assunto: do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 2540/2022.

Assinatura: _____
Nova Santa Barbara, ____/____/____

KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tessoureira

ROSANA RUY DE SOUZA



Município de Nova Santa Bárbara - PR

CNPJ: 9556108000160 IE:
Endereço: Rua Walfredo Bittencourt de Moraes, 222 - Centro CEP: 86250000 Cidade: Nova Santa Bárbara
Fone: (43) 3266-8100 Fax: Mesmo

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **4044/2022** Emitido em **26/08/2022** Requisição Nº _____ Empenho Nº **2540/2022**

Licitação _____
Tipo _____ Número _____
Sem licitação _____
Contrato/Aditivo _____
Seqüência _____ Contrato _____
Aditivo _____ Início da vigência _____ Fim da vigência _____ Fim da vig. atualizada _____ Início da execução _____ Fim da execução _____ Fim da exe. atualizada _____

Credor _____
Fornecedor **ANTONIO CARLOS BIGNARDI** Matrícula **20626-1** CPF/CNPJ **528.382.699-68**
Endereço **RUA WALFREDO BITTENCOURT MORAES, 331 - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661254** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **001** Agência **2573-9** Conta **23557-1**

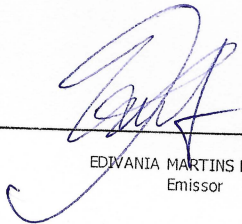
Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde
08.001 Fundo Municipal de Saúde Saldo do empenho **R\$ 40,00**
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado **R\$ 40,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Saldo à Liquidação **R\$ 0,00**
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

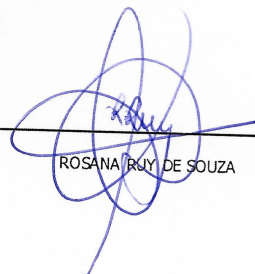
Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 40,00**

Servidor que autorizou a liquidação
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Histórico
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO SERVIDOR ANTONIO CARLOS BIGNARDI, QUE IRÁ LEVAR O VEÍCULO SAVEIRO ROBUST, PLACA BEE7F82, DE USO DA SECRETARIA DE SAÚDE, PARA DIAGNÓSTICO E REPARO NA COLLETO, AUTORIZADA DA VOLKSWAGEM, NA CIDADE DE CORNÉLIO PROCÓPIO/PR, NO DIA 30 DE AGOSTO DE 2022.


EDIVANIA MARTINS DE LIMA
Emissor


ROSANA RUY DE SOUZA

179159



Município de Nova Santa Bárbara - PR

CNPJ: 9556108000160 IE:
Endereço: Rua Walfredo Bittencourt de Moraes, 222 - Centro CEP: 86250000 Cidade: Nova Santa Bárbara
Fone: (43) 3266-8100 Fax: Mesmo

NOTA DE EMPENHO

Número **2540/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **26/08/2022** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

Licitação _____
Tipo _____ Número _____
Sem licitação

Contrato/Aditivo _____
Assinatura Contrato _____ Aditivo _____ Início da vigência _____ Fim da vigência _____ Fim da vig. atualizada _____ Início da execução _____ Fim da execução _____ Fim da exe. atualizada _____

Credor _____
Remetedor **ANTONIO CARLOS BIGNARDI** Matrícula **20626-1** CPF/CNPJ **528.382.699-68**

Endereço **RUA WALFREDO BITTENCOURT MORAES, 331 - CASA** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661254** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **001** Agência **2573-9** Conta **23557-1**

| | | |
|--------------------------|------------------------------------------------------|------------------|
| Classificação da despesa | | Saldo anterior |
| 08 | Secretaria Municipal de Saúde | R\$ 35.910,00 |
| 08.001 | Fundo Municipal de Saúde | Valor empenhado |
| 10.301.0330.2024 | Manutenção do Fundo Municipal de Saúde | R\$ 40,00 |
| 3.3.90.14.14.01 | SERVIDORES EFETIVOS | Saldo atual |
| 2710 | 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) | R\$ 35.870,00 |
| | Do Exercício | |

Outras informações _____

Histórico _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO SERVIDOR ANTONIO CARLOS BIGNARDI, QUE IRÁ LEVAR O VEICULO SAVEIRO ROBUST, PLACA BEE7F82, DE USO DA SECRETARIA DE SAÚDE, PARA DIAGNÓSTICO E REPARO NA COLLETO, AUTORIZADA DA VOLKSWAGEM, NA CIDADE DE CORNÉLIO PROCÓPIO/PR, NO DIA 30 DE AGOSTO DE 2022.

EDIVANIA MARTINS DE LIMA
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
Contador - CRC: 046096

RÓSANA RUY DE SOUZA

Rósana Ruy de Souza
Secretaria Municipal de Saúde

Recebido por _____
Nome _____ Assinatura _____ Data _____

PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

Secretaria Municipal de Saúde

Nº 277/2022

Secretaria de Administração

DATA: 26/08/22

ASSUNTO: Solicitação de Diária

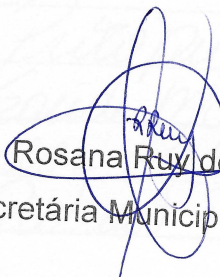
Mediante autorização desta Secretaria Municipal de Saúde, solicito o pagamento no valor de R\$ 40,00 (quarenta reais), para custear as despesas com alimentação para o funcionário **Antônio Carlos Bignardi** o qual irá conduzir o veículo Saveiro Robust, placa BEE-7F82 para diagnóstico e reparo na Colleta da Volkswagen em Cornélio Procópio no dia **30/08/2022** (terça-feira). Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de

Beneficiários:

Telefone: 60331-7

2540

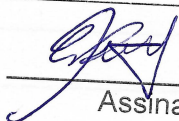
1555


Rosana Ruy de Souza

Secretária Municipal de Saúde



Nome



Assinatura

26 08 22

Data

rio

1.080/0001-60



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA

ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS

| | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Funcionário: <i>Antonio Carlos Bigmardi</i> | Cargo ou Função: <i>D. Alcos</i> |
| Orgão: <i>Dep. Alcos</i> | Nota de Empenho N Solicitação N° |
| Dotação Orçamentária: Especificação: _____ | |
| TOTAL DO RESSARCIMENTO: <i>40,00 (quarente Reais)</i> | |

RESUMO DAS DESPESAS

| DATA | DIÁRIA | TRANSPORTE | OUTROS | TOTAL |
|------------------------------------------------------|--------------|------------|--------|--------------|
| <i>30/08/22</i> | <i>40,00</i> | | | <i>40,00</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL | | | | <i>40,00</i> |
| TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver) | | | | |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Nome: Assinatura do Funcionário _____/_____/_____ / / | Nome: <i>Antonio Carlos de S. S.</i> Secretário | Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

| DATA | HISTÓRICO DO ITINERÁRIO |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>30/08/22</i> | <i>Cornélio Prózpio Leão Veículo do Dep. de Saúde Municipal, por Permissão na empresa Celetto 3 R, Veículo Solteiro Robert. Placa. BEE 7F82.</i> |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
30/08/2022 - AUTOATENDIMENTO - 14.12.54
2573902573 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 17.915-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : FMS NOVA ST BARBARA - FUS
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0717-X - SICREDI CAMBARA
CONTA: 60.331-7

FAVORECIDO: ANTONIO CARLOS BIGNARDI
CPF/CNPJ: 528.382.699-68
VALOR: R\$ 40,00
DEBITO EM: 30/08/2022

=====

DOCUMENTO: 083004
AUTENTICACAO SISBB: 0.A47.E5E.E63.F16.930

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.

Assinatura do Remetente
22/10 DE Santa Bárbara Municipal de Goiás
10/10/2024 FUSAO Municipal de Goiás
10/10/2024 FUSAO Municipal de Goiás

Assinatura do Favorecido
Assinatura do Banco

Assinatura do Banco