



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 PAGAMENTO

Número	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
1682	13/04/2022	1682	1606/2022	973/2022	

Licitação _____
Número _____

Sem licitação _____

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

Credor _____
Fornecedor _____ Matrícula _____ CPF/CNPJ _____
CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS 24864-9 041.207.669-18

Endereço _____ Bairro _____
RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA ALTO DA BOA VISTA

Cidade/UF _____ CEP _____ Fone _____ Tipo de conta bancária _____ Banco Agência Conta _____
Nova Santa Bárbara/PR 86250-000 4332661253 Conta Corrente 748 717-0 57790-1

Classificação da despesa _____
2710 08 Secretaria Municipal de Saúde
08.001 Fundo Municipal de Saúde
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Valor R\$ 40,00

Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções R\$ 0,00

Valor líquido R\$ 40,00

Servidor que autorizou o pagamento _____
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Recursos _____ Documento _____ Data _____ Valor _____
30303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 041303 13/04/2022 R\$ 40,00

Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 973/2022.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____


KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tesoureira


ROSANA RUY DE SOUZA



Município de Nova Santa Bárbara - PR

CNPJ: 95561080000160 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 **1606/2022** Emitido em **12/04/2022** Requisição Nº _____ Empenho Nº **973/2022**

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

Credor _____
Fornecedor **CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS** Matrícula **24864-9** CPF/CNPJ **041.207.669-18**
Endereço **RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA** Bairro **ALTO DA BOA VISTA**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661253** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **57790-1**

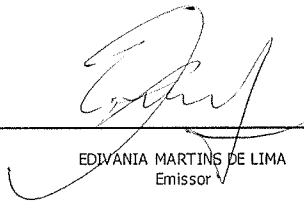
Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo do empenho R\$ 40,00**
08.001 Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado R\$ 40,00**
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Saldo a Liquidar R\$ 0,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2710 00303 Saúde - Receitas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

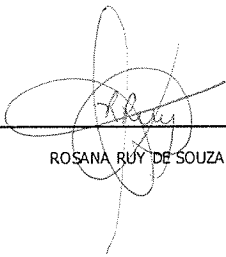
Outras informações _____

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 A FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, PARA ACOMPANHAR A GESTANTE GABRIELY PIMENTEL, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 13/04/2022.


EDIVANIA MARTINS DE LIMA
Emissor


ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9



Município de Nova Santa Bárbara - PR

CNPJ: 95561080000160 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: 373/2022 **Tipo:** Ordinário **Emitido em:** 12/04/2022 **Requisição Nº:** **Req. Compra Nº:**

Localização: **Número:**
Sem licitação:
Contrato/Aditivo:
Referência: Contrato **Aditivo** **Início da vigência** **Fim da vigência** **Fim da vig. atualizada** **Início da execução** **Fim da execução** **Fim da exe. atualizada**

Credor:
Fornecedor: CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS **Matricula:** 24864-9 **CPF/CNPJ:** 041.207.669-18
Endereço: RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA **Bairro:** ALTO DA BOA VISTA
Cidade/UF: Nova Santa Bárbara/PR **CEP:** 86250-000 **Fone:** 4332661253 **Tipo de conta bancária:** Conta Corrente **Banco:** 748 **Agência:** 717-0 **Conta:** 57790-1

Classificação da despesa		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 76.580,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	
10.301.0330.2024	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS	R\$ 40,00
2710	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
	Do Exercício	R\$ 76.540,00

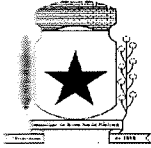
Outras informações:

Histórico:
 ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, PARA ACOMPANHAR A GESTANTE GABRIELY PIMENTEL, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 13/04/2022.

EDIVANIA MARTINS DE LIMA
 Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
 Contador - CRC: 046096

ROSANA RUY DE SOUZA



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 132/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 12/04/22

ASSUNTO: Solicitação de Diária

Mediante autorização desta Secretaria Municipal de Saúde, solicito o empenho e pagamento no **valor de R\$ 40,00 (quarenta reais)**, para custear as despesas com alimentação para a Agente Comunitário de Saúde **Cristiane Aparecida da Silva Santos** a qual irá acompanhar a gestante **Gabriely Pimentel**, em consulta no Hospital Santa Alice na Cidade de Santa Mariana no dia **13/04/2022** (quarta-feira).

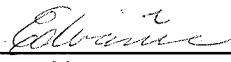
Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

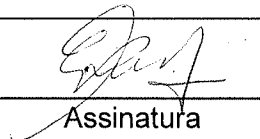
Dados Bancários:

Banco Sicredi
Agência: 0717
Conta Corrente: 00057790-1


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:


Nome


Assinatura

12/04/22
Data

2310
30
248699
973
1314



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Christiane Aparecida da Silva Santos</i>	Cargo ou Função: <i>Agente Comunitário de Saúde</i>
Orgão: <i>Secretaria Municipal de Saúde</i> Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: ___/___/___	
NUMERO DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: _____	

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>13/04/22</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL				<i>40,00</i>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				<i>40,00</i>

RESUMO DAS DESPESAS

Nome: <i>Christiane Aparecida da Silva Santos</i> Assinatura do Funcionário ___/___/___	Nome: <i>[Signature]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	---	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>13/04/22</i>	<i>Acompanhando gestantes no Pré-natal em Janta Mariana</i>



Rua Manoel da Silva Machado, 554 - Centro
CEP 86350-000 - Santa Mariana - PR
Fone: (43) 3531-1436

Hospital **Stª Alice**

D. Alisson

Relato de História Clínica do Sr. W

ONCOLOGIA GINECOLOGIA

em exames realizados no Hospital de

17/04/11

17/04/11

JOÃO KOSIOW NETO
Ginecologista/Obsetra
CRM/PR - 32476

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL

13/04/2022 - AUTOATENDIMENTO - 14.41.29

2573902573 SEGUNDA VIA 0001

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: 57.790-1

FAVORECIDO: CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS

CPF/CNPJ: 041.207.669-18

VALOR: R\$ 40,00

DEBITO EM: 13/04/2022

=====

DOCUMENTO: 041303

AUTENTICACAO SISBB: 7.A64.461.A6D.E00.B4A

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.