



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 PAGAMENTO

Número	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
2084	21/06/2021	2088	1953/2021	1158/2021	

Licitação
Tipo: _____ Número: _____
Sem licitação

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

Crador
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
2700 08 Secretaria Municipal de Saúde
08.001 Fundo Municipal de Saúde
10.301.0320.2025 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
134730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Recursos	Documento	Data	Valor	
00003 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303	062101	21/06/2021	R\$ 40,00

Recibo
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 1158/2021.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

KATIA GARDEHIA DOS SANTOS
Tessoureira

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

Numero **1953/2021** Emitido em **08/06/2021** Requisição Nº _____ Empenho Nº **1158/2021**

Licitação _____ Número _____
Tipo _____
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 **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**

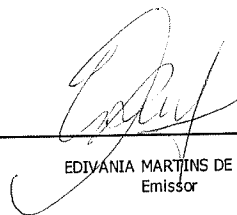
Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo do empenho R\$ 40,00**
08.001 Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado R\$ 40,00**
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Saldo a Liquidar R\$ 0,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

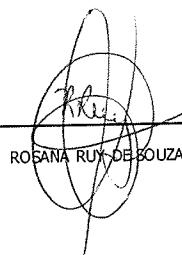
Outras informações _____

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 PARA CUSTEAR DEPESA COM ALIMENTAÇÃO À FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, QUE IRÁ ACOMPANHAR 02 (DUAS) RESTANTE DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 09 DE JUNHO DE 2021.


EDIVANIA MARTINS DE LIMA
Emissor


ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9



Município de Nova Santa Bárbara - PR

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

CNPJ: 95561080000160 IE:
CEP: 86250000

NOTA DE EMPENHO

Número **1158/2021** Tipo **Ordinário** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____
Número _____ Emitido em **08/06/2021**

Licitação _____ Número _____


Sem licitação

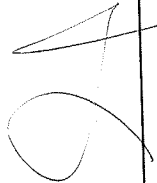
Contrato/Aditivo _____ Aditivo _____ Início da vigência _____ Fim da vigência _____ Início da execução _____ Fim da execução _____ Fim da exe. atualizada _____
Sequência _____ Contrato _____

Credor _____ CPF/CNPJ _____
Fornecedor **CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS** Matrícula **24864-9** 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 anterior **R\$ 71.410,00**
08.001 Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado **R\$ 40,00**
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Saldo atual **R\$ 71.370,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

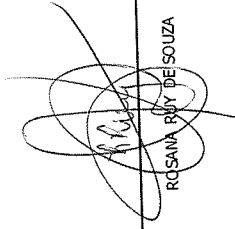
Outras informações _____ Do Exercício _____

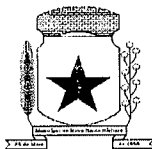
Histórico _____
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DESPESA COM ALIMENTAÇÃO À FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, QUE IRÁ ACOMPANHAR 02 (DUAS) GESTANTE DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 09 DE JUNHO DE 2021.


EDVÂNIA MARTINS DE LIMA
Emissor



LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
Contador - CRC: 046096


RCSANA RUY DE SOUZA



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 186/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 08/06/21

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 as gestantes **Cristielli Aparecida da Silva e Madalena Juliano Egídio da Cruz** em consulta no Hospital Santa Alice na Cidade de Santa Mariana no dia **09/06/2021** (quarta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi

Agência: 0717

Conta Corrente: 00057790-1

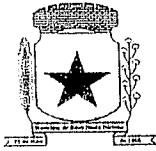

Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome

Assinatura

Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 1158/21
PS 21/06
n2 2024

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Christiane Aparecida da Silva</i>	Cargo ou Função: <i>Auxiliar Administrativo de Geral</i>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°:
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIARIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
09/06/21	40,00			
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 40,00

Nome: <i>Christiane Aparecida da Silva</i> Assinatura do Funcionário <i>09/06/2021</i>	Nome: <i>[Signature]</i> Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro
---	---	-----------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
09/06/21	<i>Compendo festivos - p/ festa Mariana.</i>

Observações:



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

Hospital St^a Alice

Dinheiro

Declaro que custeio a permanência de Silva
LUIZ Azeiteiro Gomes em
condições normais no período de 25 dias

09/06/11

João Kestler Neto
Ginecologista/Obstetra
CRM/PR 32476

“Saúde vale mais que riqueza.”

G3322109133234721
21/06/2021 09:19:28

Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/06/2021 - AUTOATENDIMENTO - 09.19.28
2573902573 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
DOC ELETRONICO

CLIENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 17.915-9

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE
REMETENTE : FMS NOVA ST BARBARA - FUS
BANCO: 748 - BANCO 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: 21/06/2021

DOCUMENTO: 062101
AUTENTICACAO SISBB: 6.D29.EC7.81D.08E.30C