



# 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°
<b>2283</b>	25/06/2021	2325	2058/2021	1281/2021	

**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** \_\_\_\_\_  
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** \_\_\_\_\_  
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA  
**Recursos** \_\_\_\_\_ **Documento** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_ **Valor** \_\_\_\_\_  
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 062501 25/06/2021 R\$ 40,00

**Recibo** \_\_\_\_\_  
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 1281/2021.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nova Santa Bárbara, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
KATIA GARDENIA DOS SANTOS  
Tesoureira

\_\_\_\_\_  
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 **2058/2021** Eritido em **22/06/2021** Requisição N° \_\_\_\_\_ Empenho N° **1281/2021**

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

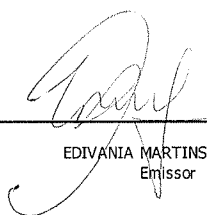
Credor \_\_\_\_\_  
 Fornecedor **CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS** Matrícula **24864-9** CPF/CNPJ **041.207.669-18**  
 Endereço **RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA** Bairro **ALTO DA BOA VISTA**  
 Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661253** Tipo de conta bancária **Conta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

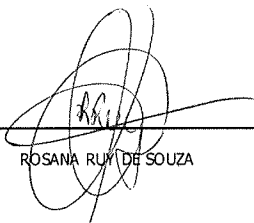
Classificação da despesa \_\_\_\_\_  
 08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo do empenho R\$ 40,00**  
 08.001 Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado R\$ 40,00**  
 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Saldo a liquidar R\$ 0,00**  
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS  
 2700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

Outras informações \_\_\_\_\_  
 Retenções \_\_\_\_\_  
**Total da 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 A GESTANTE MADALENA JULIANO EGÍDIO DA CRUZ, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 23 DE JUNHO DE 2021.

  
 EDIVANIA MARTINS DE LIMA  
 Emissor

  
 ROSANA RUY DE SOUZA

1791529

# 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 **1281/2021** Tipo **Ordinário** Emitido em **22/06/2021** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Req. Compra Nº \_\_\_\_\_

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 **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**

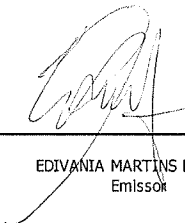
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661253** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **57790-1**

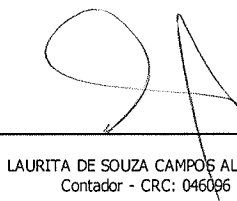
Classificação da despesa \_\_\_\_\_  
08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo anterior**  
08.001 Fundo Municipal de Saúde **R\$ 68.170,00**  
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Valor empenhado**  
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 40,00**  
2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) **Saldo atual**  
Do Exercício **R\$ 68.130,00**

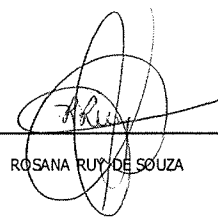
Outras informações \_\_\_\_\_

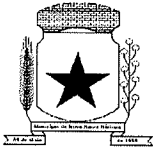
Histórico \_\_\_\_\_

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 A GESTANTE MADALENA JULIANO EGÍDIO DA CRUZ, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 23 DE JUNHO DE 2021.

  
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 199/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 22/06/21

**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 Comunitario de Saúde **Cristiane Aparecida da Silva Santos** a qual irá acompanhar a gestante, **Madalena Juliano Egídio da Cruz** em consulta no Hospital Santa Alice na Cidade de Santa Mariana no dia **23/06/2021** (quarta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi

Agência: 0717

Conta Corrente: 00057790-1

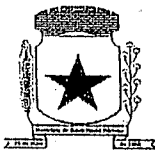
  
Rosana Ruy de Souza  
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: \_\_\_\_\_

Nome

Assinatura

Data



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

E 1341107  
P8 25/6  
no 2283

## DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Christiane Aparecida de Souza</u>	Cargo ou Função: <u>Agente C. de Saúde</u>
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	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
23/06/21	40,00			40,00
<b>TOTAL</b>				
<b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b>				<b>R\$</b>

Nome: <u>Christiane Ap. de Souza</u> Assinatura do Funcionário <u>23/06/21</u>	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
23/06/21	Comp. Gestante no pré natal em Santa Mariana

Observações:



Hospital St<sup>a</sup> Alice

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

Declaro que GUILHERME ALONSO DOS SANTOS  
está submetido a tratamento em Santa Mariana  
no mês de NOVE

13/06/21

Dr. GUILHERME ALONSO DOS SANTOS  
CRM/PR 32476

“Saúde vale mais que riqueza.”



## Emissão de comprovantes

G3332509333588021  
25/06/2021 09:38:43

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
25/06/2021 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.43  
2573902573 SEGUNDA VIA 0002

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: 25/06/2021

DOCUMENTO: 062501  
AUTENTICACAO SISBB: 0.C0F.C00.452.6F2.D29

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.