



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°
2995	06/08/2021	2995	2715/2021	1661/2021	

Licitação _____
Tipo _____ Número _____

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

Credor _____
Prestador **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**

Classif. 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 _____
2720 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 _____

Referências _____
Total de referências R\$ 0,00
Valor líquido R\$ 40,00

Servidor que autorizou o pagamento _____
224730 - 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	080602	06/08/2021	R\$ 40,00

Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 1661/2021.

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

27/07/2021

Emitted em
27/07/2021

Requisição Nº

Empenho Nº
1661/2021

Localidade

Número

Nome

Contrato Aditivo

Aditivo

Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Nome

Matrícula

CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS

24864-9

CPF/CNPJ
041.207.669-18

RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA

Bairro
ALTO DA BOA VISTA

Novo Santa Bárbara/PR

CEP
86250-000

Fone
4332661253

Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 748 717-0 57790-1

Classificação da despesa

08 Secretaria Municipal de Saúde

08.001 Fundo Municipal de Saúde

18.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde

3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Saldo do empenho
R\$ 40,00

Valor liquidado
R\$ 40,00

Saldo à Liquidar
R\$ 0,00

Outras informações

Retenções

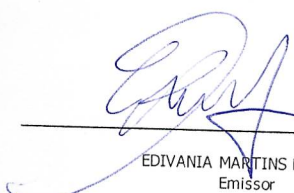
Total de retenções
R\$ 0,00

Valor líquido
R\$ 40,00

Servidor que autorizou a liquidação
204730 - 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 04 (QUATRO) GESTANTES DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 28 DE JULHO DE 2021.


EDIVANIA MARTINS DE LIMA
Emissor


ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9



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: **1661/2021** Tipo: **Ordinário** Emitido em: **27/07/2021** Requisição N°: _____ Req. Compra N°: _____

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


Provedor: **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: **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\$ 60.730,00**
08.001 Fundo Municipal de Saúde
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado: **R\$ 40,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo atual: **R\$ 60.690,00**
Do Exercício

Outras informações: _____

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 04 (QUATRO) GESTANTES DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 28 DE JULHO DE 2021.


EDIVANZA MARTINS DE LIMA
Emissor


LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
Contador - CRC: 046096


ROSANA RUY DE SOUZA

Dados Bancários

Banco: Street

Agência: 0717

Conta Corrente: 0018

Recebido por: _____

Data: _____



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 237/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 27/07/21

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, **Ariele Fernanda Neri Costa**, **Bruna Cristina Pessoa Santos**, **Daniele Gonçalves Araújo** e **Evilaine Arroio Vicente** em consulta no Hospital Santa Alice na Cidade de Santa Mariana no dia **28/07/2021** (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

27/07/21
Data

1661
960



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 1661/21

128 06/08

nº 2995

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Cristiane Apa da Silva</u>	Cargo ou Função: <u>Agente comunitária de saúde</u>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho Nº: Solicitação Nº
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ Nº DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA:	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
28/07/21	40,00			40,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

Nome: <u>Cristiane Apa da Silva</u> Assinatura do Funcionário 28/07/21	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
28/07/21	acompanhando gestante no pré-natal em Santa Maria

Observações:



Hospital Stª Alice

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

Delimitação

Delimitação do Hospital Stª Alice de Gilvo
é feita com base no terreno do terreno
no município de Roraima

2810+21

Jose Koslov Neto
Ginecologista/Obstetra
CRM/PR 32476

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
06/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 08.41.34
2573982573 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 - 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: 06/08/2021

DOCUMENTO: 080602
AUTENTICACAO SISBB: 1.874.024.65A.AA1.BB0

17915-9
FMS
NOVA ST BARBARA