



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°
3331	27/08/2021	3331	2956/2021	1814/2021	

Licitação _____ Número _____
 Tipo _____
 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 _____ Matrícula _____ CPF/CNPJ _____
 Fornecedor **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 _____
 2700 08 Secretaria Municipal de Saúde
 08.001 Fundo Municipal de Saúde
 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **R\$ 40,00**
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

Outras informações _____


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

Servidor que autorizou o pagamento _____ Documento _____ Data _____ Valor _____
 234730 - ROSANA RUY DE SOUZA 082702 27/08/2021 R\$ 40,00
 Recursos 00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303

Recibo _____
 Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 1814/2021.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____



 KATIA GARDÊNIA 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

Emissão: 18/08/2021 Emitido em: 17/08/2021 Requisição N°: _____ Empenho N°: 1814/2021

Objeto: _____ Número: _____
Descrição: _____
Assunto: _____ Aditivo: _____ Início da vigência: _____ Fim da vigência: _____ Fim da vig. atualizada: _____ Início da execução: _____ Fim da execução: _____ Fim da exe. atualizada: _____

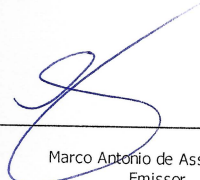
Beneficiário: CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS Matrícula: 24864-9 CPF/CNPJ: 041.207.669-18
Endereço: RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA Bairro: ALTO DA BOA VISTA
Cidade: Nova Santa Bárbara/PR CEP: 86250-000 Fone: 4332661253 Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 748 Agência: 717-0 Conta: 57790-1

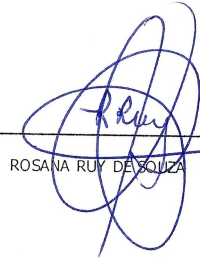
Classificação da despesa: 08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho: R\$ 40,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado: R\$ 40,00
16.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Saldo à Liquidar: R\$ 0,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

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

Devidor que autorizou a liquidação: ROSANA RUY DE SOUZA

Histórico: ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DEPESA COM ALIMENTAÇÃO A FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, QUE IRÁ ACOMPANHAR 02 (DUAS) SECRETARIAS DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 18 DE ABRIL DE 2021.


Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor


ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9



Município de Nova Santa Bárbara - PR

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

L. 2956

NOTA DE EMPENHO

Nº: 1074/2021 Tipo: Ordinário Emitido em: 17/08/2021 Requisição Nº: Req. Compra Nº:

Localidade: Número:

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

Nome: 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
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
08.001 Fundo Municipal de Saúde
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)
Do Exercício

Saldo anterior: R\$ 54.210,00
Valor empenhado: R\$ 40,00
Saldo atual: R\$ 54.170,00

Outras informações:

Observação: ESTE EMPENHO 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) GESTANTES DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIA-PR, DIA 18 DE AGOSTO DE 2021.

Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
Contador - CRC: 046096

ROSANA RUY DE SOUZA

Banco: SBC
Agência: 0717
Conta Corrente: 00000000000000000000

Recebido por: _____
Data: _____



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 254/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 17/08/21

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, **Ana Paula Barbosa da Silva e Evilaine Arroio Vicente** em consulta no Hospital Santa Alice na Cidade de Santa Mariana no dia **18/08/2021** (quarta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi

Agência: 0717

Conta Corrente: 00057790-1

E-1814

C-2700

F-248649


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:

Manoel

Nome

[Handwritten Signature]

Assinatura

17/08/21

Data



Hospital **Stª Alice**

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

Delevarian

Delevarian ou Guitoni Aparicio do Silva
Gross administrador Guitoni no nome
de delevarian

18/08/11

João Kestov
Ginecologista/Obs. Ginec.
CRM/PR 32476

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 11.09.52
2573982573 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 - 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: 27/08/2021

DOCUMENTO: 082702
AUTENTICACAO SISBB: 9.FCC.D40.ADC.A90.F3C

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.

17.915-9