



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°
3195	25/08/2021	3196	3019/2021	1841/2021	

Licitação _____
Tipo _____ Número _____
Sem licitação

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

Destinatário _____

Nomeado _____ 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 _____ 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
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 _____

204730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Recursos	Documento	Data	Valor
00000 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 082501	25/08/2021	R\$ 40,00

Recibo _____

Recibi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 1841/2021.

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

Número **3019/2021** Emitido em **23/08/2021** Requisição Nº _____ Empenho Nº **1841/2021**

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

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

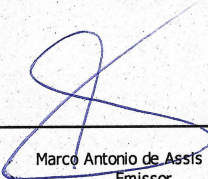
Classificação da despesa
08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo do empenho R\$ 40,00**
08.001 Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado R\$ 40,00**
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **Saldo a Liquidar R\$ 0,00**
2700 00303 Saúde - Receitas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

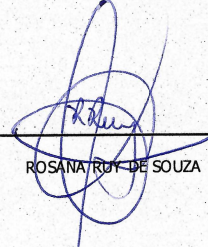
Outras informações _____

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

Servidor que autorizou a liquidação **254730 - 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 25 DE AGOSTO DE 2021.


Marco Antonio de Assis Nunes
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	Tipo	Emitido em	Requisição N°	Req. Compra N°
1841/2021	Ordinário	23/08/2021		

Licitação	Número						
Tip							
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
Modalidade	Contrato						

Nome	Matricula	CPF/CNPJ				
Nome	24864-9	041.207.669-18				
CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS						
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	Saldo anterior
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 53.330,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde	
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	R\$ 40,00
3700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
Do Exercício	R\$ 53.290,00

Outras informações

Observações

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 MARIA NA-PARANÁ, DIA 25 DE AGOSTO DE 2021.

Marco Antonio de Assis Nunes
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 262/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 23/08/21

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, **Bruna Aparecida Flores, Leticia da Silva Albuquerque, Kananda Marçal dos Santos e Evilaine Arroio Vicente** em consulta no Hospital Santa Alice na Cidade de Santa Mariana no dia 25/08/2021 (quarta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi

Agência: 0717

Conta Corrente: 00057790-1

C - 2700
F 248649

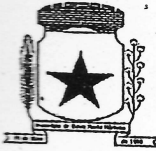

Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: Monico

Nome


Assinatura

23/08/21
Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 1841/21
Pr 25/08
nº 3195

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Cristiane Lipe da Silva Santos</u>	Cargo ou Função: <u>Agente Comunitária 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
25/08/21	40,00			40,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

Nome: <u>Cristiane Lipe da Silva Santos</u> Assinatura do Funcionário <u>25/08/21</u>	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
25/08/21	Acompanhar gestantes no pré natal em Santa Maria

Observações:



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

Hospital **Stª Alice**

Deletados

Deletados que sofreram por causa do SUDO
e não acompanharam o tratamento em Curitiba
no momento do teste

25/10/12

João Klesley N...
Sinequidista/Cirurgião
CRM/PR 32470

"Saúde vale mais que riqueza."



Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 08.48.58
2573-9-0001 SEGUNDA VIA

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: 8717-X - SICREDI CAMBARA
CONTA: 57.798-1

PROVEENCO: CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS
CPF/COMP: 041.207.669-18
VALOR: R\$ 40,00
DEBITO EM: 25/08/2021

DOCUMENTO: 882501
AUTENTICACAO SISBB: 2.271.A20.AF6.86D.73E

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.

1136-8



Número
3196

Licitação
Tipo
Sem licitação

Contrato/Adi
Sequência

Credor
Fornecedor
SOLUPRINT

Endereço
RUA GOIAS

Cidade/UF
Londrina/PR

Classificação
2810

10.301.00

3.3.90.

Outras Inform

Retenções

Servidor que
234730 - ROS

Recursos
00000 - Recu

Recibo
Recebi do M
número 144

Santa Bárbara - PR

30000160 IE:
entro CEP: 86250000 Cidade: Nova Santa Bárbara
00 Fax: Mesmo

QUIDAÇÃO

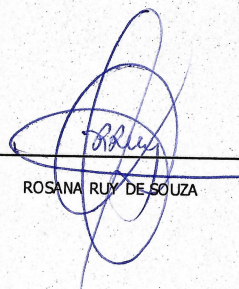
<i>Requisição N°</i>		<i>Empenho N°</i>	
		1446/2021	
<i>vigência</i>	<i>Fim da vig. atualizada</i>	<i>Início da execução</i>	<i>Fim da execução</i>
			<i>Fim da exe. atualizada</i>

<i>Matrícula</i>	<i>CPF/CNPJ</i>			
23396-0	05.103.705/0001-58			
	<i>Bairro</i>			
<i>Fone</i>	<i>Tipo de conta bancária</i>	<i>Banco</i>	<i>Agência</i>	<i>Conta</i>
	Conta Corrente	341	401-8	54369-6

	<i>Saldo do empenho</i>
	R\$ 555,00
	<i>Valor liquidado</i>
	R\$ 555,00
	<i>Saldo à Liquidar</i>
	R\$ 0,00
	<i>Total de retenções</i>
	R\$ 0,00
	<i>Valor líquido</i>
	R\$ 555,00

99FC.4262.0822.0C80 VALIDADE: 07/09/2021
1222522497760 VALIDADE: 09/08/2021

MARK/MX310DN, DE USO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO


ROSANA RUY DE SOUZA

11136-8