



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 Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
3322	01/07/2022	3322	3103/2022	1907/2022	

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 43991675570 Tipo de conta bancária Conta Corrente Banco 748 Agência 717-0 Conta 57790-1

Classificação da despesa _____
2710 08 Secretaria Municipal de Saúde
08.001 Fundo Municipal de Saúde
10.301.0330.2024 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 070102 01/07/2022 R\$ 40,00

Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 1907/2022.

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 **3103/2022** Emitido em **28/06/2022** Requisição N° _____ Empenho N° **1907/2022**

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 _____
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 **43991675570** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **57790-1**

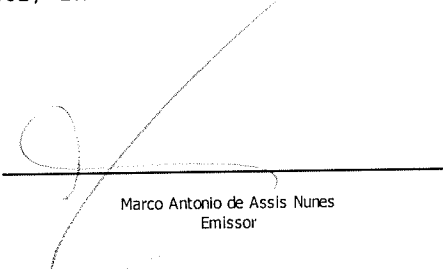
Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo do empenho R\$ 40,00**
08.001 Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado R\$ 40,00**
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Saldo à liquidar R\$ 0,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

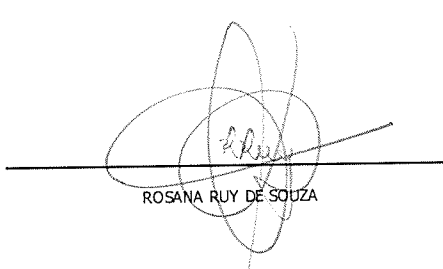
Outras informações _____

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 A FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, A QUAL IRA ACOMPANHAR AS GESTANTES EMANUELI MARIA OLIVEIRA SANTOS, FERNANDA FERNANDES BIECO E LUSILEIDE SANTOS DE PAULA EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 29/06/2022.


Marco Antonio de Assis Nunes
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 **1907/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **28/06/2022** Requisição Nº Req. Compra Nº

Licitação Tipo **Sem licitação** Número

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 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**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **43991675570** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **57790-1**

Classificação da despesa		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 53.580,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	
10.301.0330.2024	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS	R\$ 40,00
2710	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
	Do Exercício	R\$ 53.540,00

Outras informações

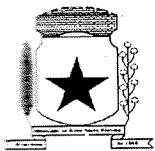
Histórico

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, A QUAL IRA ACOMPANHAR AS GESTANTES EMANUELI MARIA OLIVEIRA SANTOS, FERNANDA FERNANDES BIECO E LUSILEIDE SANTOS DE PAULA EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 29/06/2022.

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 209/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 28/06/22

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 Janaína Carvalho, Emanueli Maria Oliveira Santos, Fernanda Fernandes Bieco e Lusileide Santos de Paula** em consulta no Hospital Santa Alice na cidade de Santa Mariana no dia **29/06/2022** (quarta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi
Agência: 0717
Conta Corrente: 00057790-1

C - 2710
P - 248649

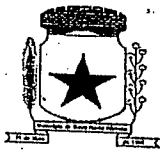

Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: Wane

Nome

[Assinatura]
Assinatura

28/06/22
Data

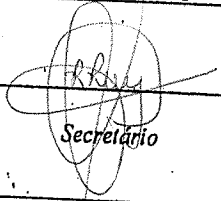


PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Riviane Aparecida Santos</i>	Cargo ou Função: <i>Agente Comunitário de Saúde</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	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>29/06/22</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ <i>40,00</i>

Nome: <i>Riviane Aparecida Santos</i> Assinatura do Funcionário <i>25/06/22</i>	Nome:  Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro
--	--	-----------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>29/06/22</i>	<i>acompanhante gestante no pré natal em Santa Mariana</i>

Observações:



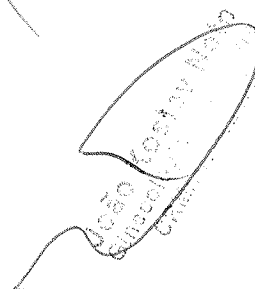
Rua Manoel da Silva Machado, 554 - Centro
CEP 86350-000 - Santa Mariana - PR
Fone: (43) 3531-1436

Hospital **Stª Alice**

Revisão

Declaro que o paciente apresenta os
sinais e sintomas de uma
neumonia de 1992

23/06/21



"Saúde vale mais que riqueza."



Emissão de comprovantes

01/07/2022 - BANCO DO BRASIL - 11:32:42
057982573 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: PM NOVA S BARBARA -IPVA
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 10.077-3

DATA DA TRANSFERENCIA 01/07/2022
Nº. DOCUMENTO 551.472.000.028.183
VALOR TOTAL 2.594,50

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: TERRA VERMELHA ILUMINACAO
AGENCIA: 1472-9 CONTA: 28.183-2
Nº. DOCUMENTO 552.573.000.010.077

Nº. AUTENTICACAO 2.55D.BC6.389.F91.BED

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.