



# 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

Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
06/07/2022	3348	3175/2022	1955/2022	

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

Nome	Matricula	CPF/CNPJ
CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS	24864-9	041.207.669-18
Rua ARMANDO RUY, 73 - CASA		Bairro
Nova Santa Bárbara/PR		ALTO DA BOA VISTA
CEP	Fone	Tipo de conta bancária
86250-000	43991675570	Conta Corrente
Banco	Agência	Conta
748	717-0	57790-1

Classificação da despesa	Valor
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	R\$ 40,00

Outras informações: \_\_\_\_\_

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

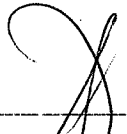
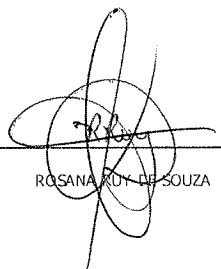
Servidor que autorizou o pagamento: \_\_\_\_\_  
 024730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Recursos	Documento	Data	Valor
00003 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303	070603	06/07/2022
			R\$ 40,00

Recibo: \_\_\_\_\_  
 Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 1955/2022.

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

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

 _____ KATIA GARDÊNIA DOS SANTOS Tesoureira	 _____ ROSANA RUY DE SOUZA
---	--

**REGIANE DE FREITAS ROMAO & CIA LTDA** Recibo de Pagamento de Salário  
 CNPJ: 27.096.519/0001-71 Competência: Junho/2022

Matrícula Nome Data Admissão CTPS  
 7 CAMILA DULCINEIA GOUVEIA FRANCIOLI 21/06/2021 363144500050PR  
 Função: PROFESSOR DISCIPLINAS PEDAGOGI

Código	Nomenclatura	Ref.	Vencimentos	Descontos	
	SALARIO I.N.S.S.	30D 7,5%	1.107,69	83,07	
			<b>Total de Vantagens</b> 1.107,69	<b>Total de Descontos</b> 83,07	
			<b>Valor Líquido</b>	<b>1.024,62</b>	
Demonstrativo - Recibo Vale Transporte	Salário Base	Base FGTS	F.G.T.S	Base INSS	Base IRRF

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTANCIA LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

30/06/2022  
 Camila Gouveia Françoli  
 ASSINATURA  
 DATA

**REGIANE DE FREITAS ROMAO & CIA LTDA** Recibo de Pagamento de Salário  
 CNPJ: 27.096.519/0001-71 Competência: Junho/2022

Matrícula Nome Data Admissão CTPS  
 7 CRYSTIAN DIEGO SILVESTRE BRANCO 21/06/2021 483916600020PR  
 Função: INSTRUTOR DE CORPO E RITMO (PR)

Código	Nomenclatura	Ref.	Vencimentos	Descontos	
	SALARIO I.N.S.S.	30D 8,13%	2.100,72	170,88	
			<b>Total de Vantagens</b> 2.100,72	<b>Total de Descontos</b> 170,88	
			<b>Valor Líquido</b>	<b>1.929,84</b>	
Demonstrativo - Recibo Vale Transporte	Salário Base	Base FGTS	F.G.T.S	Base INSS	Base IRRF
	2.100,72	2.100,72	168,06	2.100,72	1.929,84

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTANCIA LIQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

30/06/2022  
 Cristian Diego Silvestre Branco  
 ASSINATURA  
 DATA



# Município de Nova Santa Bárbara - PR

CNPJ: 9556108000160 IE: CEP: 86250000 Cidade: Nova Santa Bárbara  
Endereço: Rua Walfredo Bittencourt de Moraes, 222 - Centro Fone: (43) 3266-8100 Fax: Mesmo

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Emitido em  
04/07/2022

Requisição N°

Empenho N°  
1955/2022

Número

075/2022

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

CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS

Matricula  
24864-9

CPF/CNPJ  
041.207.669-18

RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA

Bairro  
ALTO DA BOA VISTA

Município 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

10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde

R\$ 40,00

3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

Saldo a Liquidar

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

R\$ 0,00

Outras informações

Retenções

Total de retenções

R\$ 0,00

Valor líquido

R\$ 40,00

Servidor que autorizou a liquidação

224730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Historico  
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 MABILA ANDRIELI VALINS DA SILVA SANTOS, MILENA GRAZIELA DA COSTA E TIFANY MAYARA ROSA EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 06/07/2022.

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: **1355/2022** Tipo: **Ordinário** Emitido em: **04/07/2022** Requisição Nº: \_\_\_\_\_ Req. Compra Nº: \_\_\_\_\_

Localização: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_  
Tipo: \_\_\_\_\_  
Sem licitação

Contrato/Aditivo: \_\_\_\_\_  
Número 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: **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  
08.001 Fundo Municipal de Saúde Saldo anterior  
R\$ 51.900,00  
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado  
R\$ 40,00  
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS  
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo atual  
R\$ 51.860,00  
Do Exercício

Outras informações: \_\_\_\_\_

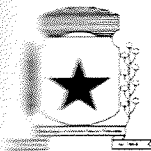
Histórico: \_\_\_\_\_

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 A COMPANHAR AS GESTANTES MABILA ANDRIELI VALINS DA SILVA SANTOS, MELINA GRAZIELA DA COSTA E TIFANY MAYARA ROSA EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 06/07/2022.

\_\_\_\_\_  
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 218/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 04/07/22

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 **Mabila Andrieli Valins, Milena Graziela da Costa e Tifany Mayara Rosa** em consulta no Hospital Santa Alice na cidade de Santa Mariana no dia **06/07/2022** (quarta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi  
Agência: 0717  
Conta Corrente: 00057790-1

C- 2310  
F- 248049

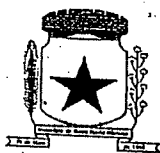
  
Rosana Ruy de Souza  
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:

Marco  
Nome

  
Assinatura

04/07/22  
Data

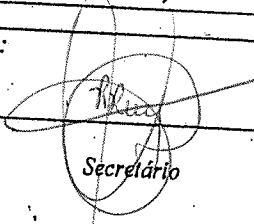


PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Christiane Aparecida da Silva Santos</i>	Cargo ou Função: <i>Agente Comunitário de Saúde</i>
Orgão: <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	Nota de Empenho N°:
Unidade Administrativa:	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>06/07/22</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<b>TOTAL</b>				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ <i>40,00</i>

Nome: <i>Christiane Aparecida da Silva Santos</i>	Nome: 	Nome:
Assinatura do Funcionário <i>06/07/22</i>	Secretário	Assinatura do Tesoureiro

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>06/07/22</i>	<i>acompanhando gestante no pré natal em Santa Maria</i>

Observações:



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

Hospital **Stª Alice**

Declaração

Declaramos que o Sr. JOÃO NETO AP. DOS SANTOS  
está acompanhando a gestação no  
Hospital de Aço

06/07/11

João Koslov Neto  
Ginecologista/Obstetra  
CRM/PR - 32476

"Saúde vale mais que riqueza."

SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
AUTOATENDIMENTO - 15.19.59  
SEGUNDA VIA 0002  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE  
TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
FMS NOVA ST BARBARA - FUS  
CONTA: 17.915-9  
=====

01 CREDITO EM CONTA  
FMS NOVA ST BARBARA - FUS  
BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.  
SICREDI CAMBARA  
57.790-1

CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS  
041.207.669-18  
40,00  
06/07/2022  
=====

870603  
SISBB: 7.977.1F3.9D3.CE2.705

Operação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.