



# 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 **3471** Data **09/09/2021** Previsão N° **3475** Liquidação N° **3261/2021** Empenho N° **1995/2021** Requisição N°

Licitação \_\_\_\_\_  
Tipo \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_  
Sem licitação

Contrato/Aditivo \_\_\_\_\_  
Seqüência 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 **RUJA 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 \_\_\_\_\_  
**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 \_\_\_\_\_  
**234730 - 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 090901 09/09/2021 R\$ 40,00**

Recibo \_\_\_\_\_  
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 1995/2021.

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 **3261/2021** Emitido em **03/09/2021** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Empenho Nº **1995/2021**

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 **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  
08.001 Fundo Municipal de Saúde **R\$ 40,00**  
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado  
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 40,00**  
2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) 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 \_\_\_\_\_  
**234730 - 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 08 DE SETEMBRO DE 2021.

EDIVANIA MARTINS DE LIMA  
Emissor

ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9



## Município de Nova Santa Bárbara - PR

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

### NOTA DE EMPENHO

Número **1995/2021** Tipo **Ordinário** Emitido em **03/09/2021** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Req. Compra Nº \_\_\_\_\_

Licitação \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ 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 **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\$ 50.650,00

Valor empenhado  
R\$ 40,00


Saldo atual  
R\$ 50.610,00

Outras informações \_\_\_\_\_

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 08 DE SETEMBRO DE 2021.

  
EDIVANIA MARTINS DE LIMA  
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 279/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 03/09/21

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, Bruna Flores, Kananda Marçal dos Santos e Leticia da Silva Albuquerque** em consulta no Hospital Santa Alice na Cidade de Santa Mariana no dia **08/09/2021** (quarta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

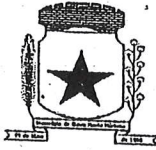
Banco Sicredi

Agência: 0717

Conta Corrente: 00057790-1

  
Rosana Ruy de Souza  
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:   



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

E 1995/21  
Pg 09/09  
nº 3471.

**DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO**

Funcionário: <u>Christiane Aparecida de A. Santos</u>		Cargo ou Função: <u>Agente Comunitário de Saúde</u>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		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
08/09/21	40,00			40,00
<b>TOTAL</b>				
<b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b>				<b>R\$</b>

Nome: <u>Christiane Aparecida de A. Santos</u>	Nome: <u>[Assinatura]</u>	Nome: _____
Assinatura do Funcionário <u>08/09/21</u>	Secretário	Assinatura do Tesoureiro

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
08/09/21	acompanhando gestante no pré natal em Ponta Maroneira

Observações:



Hospital **Stª Alice**

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

Declaro

Declaro que o Sr. JOÃO ROBERTO DA SILVA  
está devidamente cadastrado em  
LCSUS mais no nome do Sr. HOSPI

08/08/0

JOÃO ROBERTO DA SILVA  
CRM/PR 32476  
Ginecologista/Obstetra

09/09/2021 08:05

Banco do Brasil



## Emissão de comprovantes

G3340907590861791  
09/09/2021 08:05:11

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
09/09/2021 - AUTOATENDIMENTO - 08.05.11  
2573902573 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: 09/09/2021

=====

DOCUMENTO: 090901  
AUTENTICACAO SISBB: 4.06A.D5F.4B5.04A.548