



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 N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
3575	25/07/2022	3579	3316/2022	2009/2022	

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 _____ Matrícula _____ CPF/CNPJ _____

CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS 24864-9 041.207.669-18

Endereço _____ Barro _____
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 43991675570 Conta Corrente 748 717-0 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	072504	25/07/2022	R\$ 40,00

Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 2009/2022.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____


KATIA GARDÊNIA DOS SANTOS
Téc.oureira


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 **3316/2022** Emitido em **12/07/2022** Requisição Nº _____ Empenho Nº **2009/2022**

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**

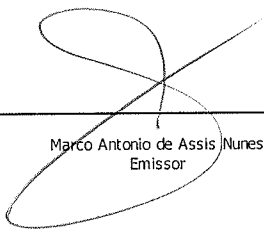
Classificação da despesa _____
 08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo do empenho R\$ 40,00**
 08.001 Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado R\$ 40,00**
 10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Saldo à Liquidar R\$ 0,00**
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
 2710 00303 Saúde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

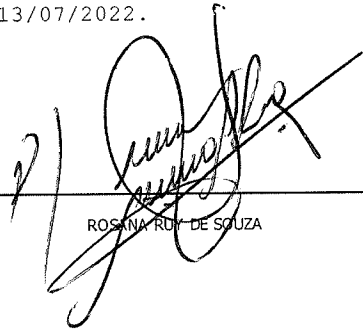
Outras informações _____

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, PARA ACOMPANHAR A GESTANTE FERNANDA FERNANDES BIECO, NOEMIA EGIDIA DA CRUZ, NATALIA DE CARVALHO EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 13/07/2022.


 Marco Antonio de Assis Nunes
 Emissor


 ROSANA RUY DE SOUZA

179259



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

Numero: **2009/2022** Tipo: **Ordinário** Emitido em: **12/07/2022** Requisição Nº: _____ Req. Compra Nº: _____

Localização: _____ Número: _____
Tipo: **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: **RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA** Bairro: **ALTO DA BOA VISTA**

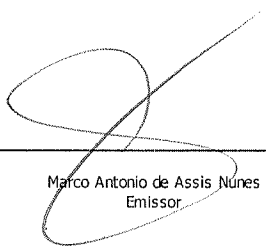
Cidade/UF: **Nova Santa Bárbara/PR** CEP: **86250-000** Fone: **43991675570** Tipo de conta bancária: **Conta Corrente** Banco: **748** Agência: **717-0** Conta: **57790-1**

Classificação da despesa		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 48.580,00
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\$ 48.540,00

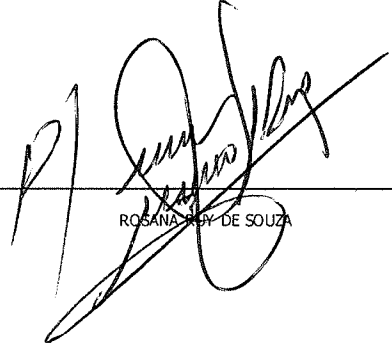
Outras informações: _____

Histórico: _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, PARA ACOMPANHAR A GESTANTE FERNANDA FERNANDES BIECO, NOEMIA EGIDIA DA CRUZ, NATALIA DE CARVALHO EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 13/07/2022.


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 226/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 12/07/22

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 **Fernanda Fernandes Bieco, Noemia Egidia da Cruz, Natalia de Carvalho** em consulta no Hospital Santa Alice na cidade de Santa Mariana no dia **13/07/2022** (quarta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi
Agência: 0717
Conta Corrente: 00057790-1

C - 210
F - 248649


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: Marco

Nome

[Assinatura]
Assinatura

12/07/22
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 Administrativo 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>13/07/22</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 40,00

Nome: <i>Christiane Aparecida da Silva Santos</i> Assinatura do Funcionário <i>13/07/22</i>	Nome: <i>[Signature]</i> Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro
--	---	-----------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>13/07/22</i>	<i>acompanhando 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**

Delonias

*Delonias do CRISTIANE ALMEIDA DA SILVA COM
ALIMENTOS CORRETO E PREVENIR NO
MARCHA 2 1405.*

(P.02/12)

João Kostov Neto
Ginecologista/Obstetra
CRM/PR - 32476

"Saúde vale mais que riqueza."

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/07/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.20.36
2573982573 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 17.915-9
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
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: 25/07/2022
=====

DOCUMENTO: 072504
AUTENTICACAO SISBB: B.FD4.7E6.E26.995.DE1