



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

Nº	Data	Previsão Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
4979	29/11/2021	4979	4520/2021	2837/2021	

Classificação
Tipo
Semi-licitação
Contrato/Aditivo
Sistema 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
Endereço
RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA
Classificação
Nova Santa Bárbara/PR

Matrícula
24864-9

CPF/CNPJ
041.207.669-18

Bairro
ALTO DA BOA VISTA

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
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303

Documento
112902


Data
29/11/2021

Valor
R\$ 40,00

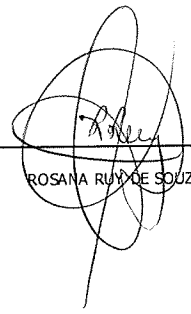
Recibo
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 2837/2021.

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 **4520/2021** Emitido em **22/11/2021** Requisição Nº _____ Empenho Nº **2837/2021**

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

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**

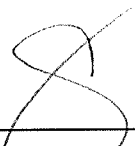
Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo do empenho**
08.001 Fundo Municipal de Saúde **R\$ 40,00**
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 40,00**
2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) **Saldo a 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) GESTANTE DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 24 DE NOVEMBRO DE 2021.



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: **2837/2021** Tipo: **Ordinário** Emitido em: **22/11/2021** Requisição Nº: _____ Req. Corpra Nº: _____

Localização: _____
Tipo: _____ Número: _____
Sem licitação: _____
Contrato/Aditivo: _____
Série/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 anterior
08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 29.650,00
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 40,00
2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo atual
Do Exercício R\$ 29.610,00

Outras informações: _____

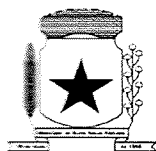
Histórico: _____

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 A COMPANHAR 04 (QUA TRO) GESTANTE DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 24 DE NOVENBRO DE 2021.

Março 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 364/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 22/11/21

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 Comunitario de Saúde **Cristiane Aparecida da Silva Santos** a qual irá acompanhar as gestantes **Monica Lisboa, Angelica de Freitas, Amanda Moreira e Ana Faustino** em consulta no Hospital Santa Alice Na Cidade de Santa Mariana no dia **24/11/2021** (quarta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi
Agência: 0717
Conta Corrente: 00057790-1

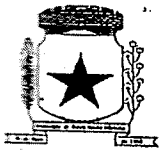

Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:

Monice
Nome

[Assinatura]
Assinatura

22/11/21
Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Cristiane Apa da Silva Santos</u>		Cargo ou Função: <u>Agente Administrativo de Saúde</u>	
Orgão: <u>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</u>		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
24/11/21	40,00			40,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

Nome: <u>Cristiane Apa da S. Santos</u> Assinatura do Funcionário <u>24/11/21</u>	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
24/11/21	Acompanhando gestantes no pré natal em Santa Maria

Observações:



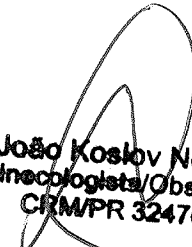
Rua Manoel da Silva Machado, 554 - Centro
CEP 86350-000 - Santa Mariana - PR
Fone: (43) 3531-1436

Hospital **Stª Alice**

Pilgrimage RO. SILVA

EXAME ACOMPANHADO GINECOLOGIA
COM MEDICAMENTO NO MOMENTO DE 1420

24/11/2014


João Koslov Neto
Ginecologista/Obstetra
CRM/PR 32476

"Saúde vale mais que riqueza."

SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/11/2021 - AUTOATENDIMENTO - 11.08.34
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
DEBITANTE : FMS NOVA ST BARBARA - FUS
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0717-X - SICREDI CAMBARA
CONTA: 57.790-1

FUNDRECIDO: CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS
CPF/CNPJ: 041.207.669-18
VALOR: R\$ 40,00
DEBITO EM: 29/11/2021
=====

DOCUMENTO: 112902
AUTENTICACAO SISBB: 5.559.3F9.A30.FB7.A3D