



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

Numero	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
5023	30/09/2022	5028	4643/2022	2888/2022	

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	093002	30/09/2022	R\$ 40,00


Recibo

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 2888/2022.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____


KÁTIA 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: **4543/2022** Emitido em: **27/09/2022** Requisição Nº: _____ Empenho Nº: **2888/2022**

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

Outras informações: _____
 Outras informações: _____


Retenções: _____
 Retenções: _____ Total de retenções
R\$ 0,00
 Retenções: _____ 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 AS GESTANTES AMANDA FERNANDES PINHATE E PALOMA DA SILVA BATISTA, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 28/09/2022.



 Claudia Pereira da Silva
 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 **2888/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **27/09/2022** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

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 **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 anterior**
08.001 Fundo Municipal de Saúde **R\$ 25.190,00**
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\$ 25.150,00**


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 AS GESTANTES AMANDA FERNANDES PINHA TE E PALOMA DA SILVA BATISTA, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 28/09/2022.

Dados


Claudia Pereira da Silva
Emissor


LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
Contador - CRC: 046096

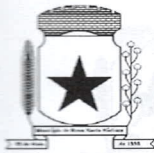

ROSANA RUY DE SOUZA

Banco

Agência

Conta

Recibo



PREFEITURA MUNICIPAL

C. 2888
C. 4643
NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 315/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 27/09/22

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 **Amanda Fernandes Pinhate e Paloma da Silva Batista** em consulta no Hospital Santa Alice na cidade de Santa Mariana no dia **28/09/2022** (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:


Nome


Assinatura

27 / 09 / 22
Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 288/22
Pg 30/09
nº 50 23.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Cristiane Aparecida da Silva Santos</i>	Cargo ou Função: <i>Agente Comunitário de Saúde</i>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Nota de Empenho Nº:
Unidade Administrativa:	Solicitação Nº
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____	
Nº DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>28/09/22</i>	<i>40,00</i>			
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				<i>40,00</i>
				R\$

Nome: <i>Cristiane Aparecida da Silva Santos</i>	Nome: <i>[Signature]</i>	Nome:
Assinatura do Funcionário <i>28/09/22</i>	Secretário	Assinatura do Tesoureiro

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>28/09/22</i>	<i>acompanhando gestante no pré-natal em Janta Mariana</i>

Observações:



CNPJ 14.736.446/0001-93.

Centro

Integrado em Saúde Ltda.

Rua Manoel da

Silva Machado 554 bloco A, 232.

CEP: 86.350.000.

DECLARAÇÃO

DECLARO QUE CRISTIANE APARECIDA DA SILVA ESTEVE ACOMPANHANDO
GESTANTES EM PRÉ NATAL NA MANHÃ DE HOJE.

DATA: 28/09/2022

João Koslov Neto
Ginecologista/Obstetra
CRM/PR - 32476

Dr. João Koslov Neto

CRM-PR 32476

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
30/09/2022 - AUTOATENDIMENTO - 10.17.37
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: 30/09/2022

DOCUMENTO: 093002
AUTENTICACAO SISBB: 6.DB2.485.972.825.3D6

PLA 09/09/2022

Novo

Novo Santa

Transf/Recp

2710

10.301.0

23.90.0

Quem Informa

Recepção

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura