



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	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
5045	02/12/2021	5045	4736/2021	2999/2021	

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

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 _____

120201

Data _____

02/12/2021

Valor

R\$ 40,00

Recibo _____

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 2999/2021.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tessoureira

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 4736/2021 Emitido em 30/11/2021 Requisição Nº Empenho Nº 2999/2021

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
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 Banco Agência Conta
Conta Corrente 748 717-0 57790-1

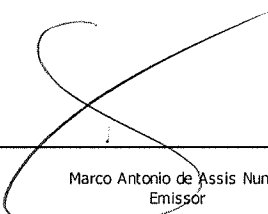
Classificação da despesa
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho R\$ 40,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado R\$ 40,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Saldo à Liquidar R\$ 0,00
2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

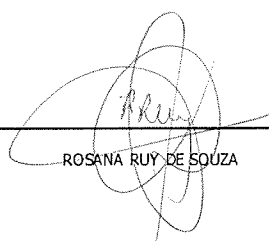
Outras informações

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 PARA CUSTEAR DEPESA COM ALIMENTAÇÃO À FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, QUE IRÁ ACOMPANHAR 03 (TRES) GESTANTE DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 01 DE DEZEMBRO 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 2999/2021 Tipo Ordinário Emitido em 30/11/2021 Requisição Nº Req. Compra Nº

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

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\$ 29.610,00

Valor empenhado

R\$ 40,00

Saldo atual

R\$ 29.570,00

Outras informações

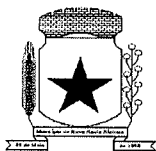
Histórico

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DESPESA COM ALIMENTAÇÃO À FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, QUE IRÁ ACOMPANHAR 03 (TRES) GESTANTE DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 01 DE DEZEMBRO DE 2021.

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 371/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 30/11/21

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 Comunitário de Saúde **Cristiane Aparecida da Silva Santos** a qual irá acompanhar as gestantes **Amanda Moreira, Ana Faustino e Monica Lisboa** em consulta no Hospital Santa Alice Na Cidade de Santa Mariana no dia **01/12/2021** (quarta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi
Agência: 0717
Conta Corrente: 00057790-1

C - 2700
f - 248649

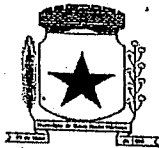

Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:

M.ouse
Nome

[Assinatura]
Assinatura

30/11/21
Data



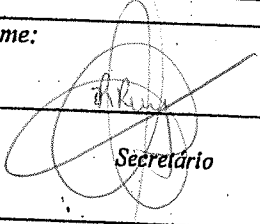
PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 2955/21
12/02/21
no 5045

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: Gustiane Aparecida da Silva Santos		Cargo ou Função: Agente comunitário de saúde	
Órgão: 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
02/12/21	40,00			40,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ _____

Nome: Gustiane Aparecida da Silva Santos Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome:  Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro _____
---	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
02/12/21	acompanhando gestantes para festa mariana no Rec-natal

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 paciente Adilson de S.M.
está apresentando sinais e
sintomas de doença de Alzheimer

05/12/20

"Saúde vale mais que riqueza."

João Keston Neto
Ginecologista/Obstetra
CRM/PR 52476



Emissão de comprovantes

G3350212340930901
02/12/2021 12:46:50

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/12/2021 - AUTOATENDIMENTO - 12.46.50
2573902573 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: 02/12/2021

=====

DOCUMENTO: 120201

AUTENTICACAO SISBB: 5.558.E1D.0B6.9CF.501