



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 Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Marcasção Nº
5369	24/10/2022	5374	5076/2022	3096/2022	

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 102401 24/10/2022 R\$ 40,00

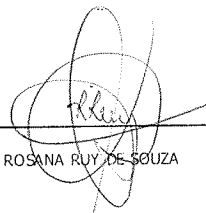
Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 3096/2022.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____



VILMA APARECIDA DOS SANTOS



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 **5076/2022** Emitido em **18/10/2022** Requisição Nº _____ Empenho Nº **3096/2022**

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**

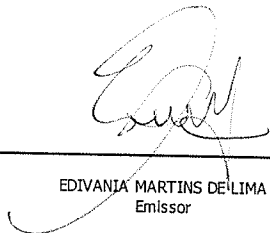
Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho _____
08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 40,00
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado _____
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 40,00
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00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

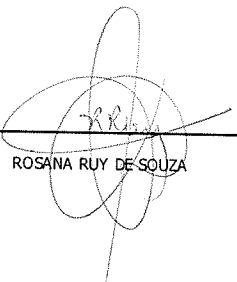
Outras informações _____

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 A FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, PARA ACOMPANHAR A GESTANTE AMANDA FERNANDES PINHATE, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 19/10/2022.


EDIVANJA MARTINS DE LIMA
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: **3096/2022** Tipo: **Ordinário** Emitido em: **18/10/2022** 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: **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	R\$ 18.590,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado	R\$ 40,00
10.301.0330.2024	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Saldo atual	R\$ 18.550,00
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS		
2710	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		
	Do Exercício		

Outras informações: _____

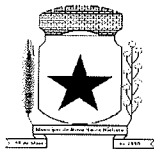
Histórico: _____

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 AMANDA FERNANDES PINHATE, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 19/10/2022.


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 341/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 18/10/22

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 a gestante **Amanda Fernandes Pinhate** em consulta no Hospital Santa Alice na cidade de Santa Mariana no dia **19/10/2022** (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

18/10/22
Data



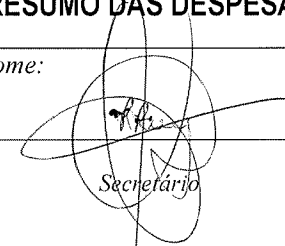
E 3096
 P- 24/b
 no 5289.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Christiane Apia da Silva Jantos</i>	Cargo ou Função: <i>Agente Comunitário de Saúde</i>
Órgão: <i>Secretaria Municipal de Saúde</i>	Nota de Empenho N°:
Unidade Administrativa:	Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: ____/____/____	
NUMERO DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO:	

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
18/10/22	40,00			40,00
TOTAL				40,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				

RESUMO DAS DESPESAS

Nome: <i>Christiane Apia da Silva Jantos</i> <i>Assinatura do Funcionário</i>	Nome:  <i>Secretário</i>	Nome: _____ <i>Assinatura do Tesoureiro</i>
--	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
18/10/22	<i>acompanhando gestante no pré-natal em Junta Municipal</i>



CNPJ 14.736.446/0001-93.

Integrado em Saúde Ltda.

Centro

Silva Machado 554 bloco A, 232.

Rua Manoel da

CEP: 86.350.000.

DECLARAÇÃO

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

DATA: 19/10/2022

JOÃO KOSLOV NETO
Ginecologia/Ostetria
CRM/PR - 32476

Dr. João Koslov Neto

CRM-PR 32476



Emissão de comprovantes

G3342408572536431
24/10/2022 09:01:29

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
24/10/2022 - AUTOATENDIMENTO - 09.01.29
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: 24/10/2022

DOCUMENTO: 102401

AUTENTICACAO SISBB: D.A54.D6C.185.154.5DF

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.