



# 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 Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
885	07/03/2022	885	678/2022	436/2022	

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

Bairro ALTO DA BOA VISTA

Endereço RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA

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

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 030701 07/03/2022 R\$ 40,00

Recibo \_\_\_\_\_

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 436/2022.

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 *Emitido em* *Requisição N°* *Empenho N°*  
**678/2022** **22/02/2022**  **436/2022**

*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* *Matricula* *CPF/CNPJ*  
**CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS** **24864-9** **041.207.669-18**  
*Endereço* *Bairro*  
**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** **4332661253** **Conta Corrente** **748** **717-0** **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**

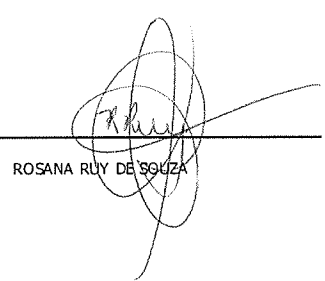
*Outras informações*

*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 ACOMPANHAR03 (TRES) GESTANTES DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 23/02/2022.

  
EDIVANIAS MARTINS DE LIMA  
Emissor

  
ROSANA RUY DE SOUZA  
12915-9



# 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 **436/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **22/02/2022** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Req. Compra Nº \_\_\_\_\_

Licitação \_\_\_\_\_  
Tipo \_\_\_\_\_ 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**

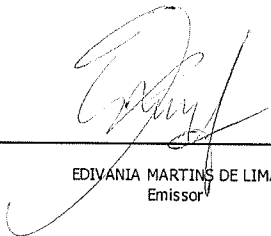
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661253** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **57790-1**

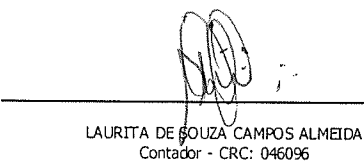
Classificação da despesa \_\_\_\_\_  
08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo anterior**  
08.001 Fundo Municipal de Saúde **R\$ 92.200,00**  
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Valor empenhado**  
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 40,00**  
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) **Saldo atual**  
Do Exercício **R\$ 92.160,00**

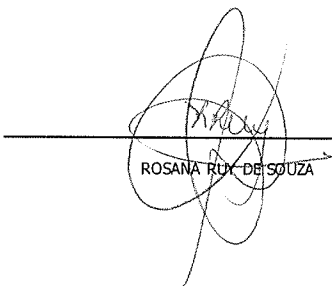
Outras informações \_\_\_\_\_

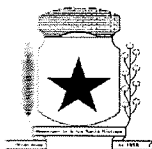
Histórico \_\_\_\_\_

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, PARA ACOMPANHAR03 (TRES) GESTANTES DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 23/02/2022.

  
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 064/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 22/02/22

**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 **Ane Gabrieli Almeida Araújo, Ihanca Francine da Silva e Karolaine Garcia da Silva**, em consulta no Hospital Santa Alice na Cidade de Santa Mariana no dia **23/02/2022** (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

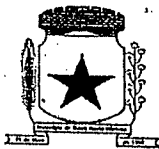
2710  
248645  
476  
1231

Recebido por:

  
Nome

  
Assinatura

22/02/22  
Data



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

E 436/22  
18.02/03/22  
nº 815.

**DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO**

Funcionário: <i>Cristiane Lopes da Silva, Jantos</i>	Cargo ou Função: <i>Agente Comunitário 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	DIARIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
23/02/22	40,00			40,00
<b>TOTAL</b>				
<b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b>				<b>R\$</b>

Nome: <i>Cristiane Lopes da Silva, Jantos</i> Assinatura do Funcionário <i>23/02/22</i>	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro
--------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	-----------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
23/02/22	<i>acompanhando gestantes em hui natal em Ponta Marone</i>

Observações:



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

Hospital **Stª Alice**

Recebido

Recebo que compareci a parto de  
Silva com o acompanhamento de  
Dr. Neto.

21/04/12

João Koslov Neto  
Ginecologista/Obstetra  
CRM/PR - 32476

"Saúde vale mais que riqueza."



## Emissão de comprovantes

G3340714489901411  
07/03/2022 14:50:19

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
07/03/2022 - AUTOATENDIMENTO - 14.50.20  
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: 07/03/2022

=====

DOCUMENTO: 030701  
AUTENTICACAO SISBB: 9.B4B.B61.F4D.FC8.F72