



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: 1219 Data: 15/04/2021 Previsão N°: 1220 Liquidação N°: 1157/2021 Empenho N°: 696/2021 Requisição N°: _____

Localização: _____
 Tipo: _____ Número: _____
 Sem licitação: _____
 Contrato/Aditivo: _____
 Assinatura: _____ Contrato: _____ Aditivo: _____
 Início da vigência: _____ Fim da vigência: _____ Fim da vig. atualizada: _____ Início da execução: _____ Fim da execução: _____ Fim da exe. atualizada: _____

Beneficiário: _____
 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
 CEP: 86250-000 Fone: 4332661253 Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 748 Agência: 717-0 Conta: 57790-1

Classificação da despesa: 2730 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: _____
 ROSANA RUY DE SOUZA
 Recursos: 0000 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Documento: 041501 Data: 15/04/2021 Valor: R\$ 40,00
 Conta bancária: 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303

Recibo do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 696/2021.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____



 KATIA 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 **1157/2021** Entido em **13/04/2021** Requisição Nº _____ Empenho Nº **696/2021**

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

Classificação da despesa		Saldo do empenho
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 40,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	R\$ 40,00
10.301.0320.2025	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 40,00
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS	R\$ 0,00
2700	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	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 A GESTANTE THAIS APARECIDA VICENTE, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 14 DE ABRIL DE 2021.


 EDIVANIA MARTINS DE LIMA
 Emissor


 ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9



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 EMPENHO

Número **696/2021** Tipo **Ordinário** Emitido em **13/04/2021** 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 **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\$ 83.170,00
Valor empenhado	R\$ 40,00
Saldo atual	R\$ 83.130,00

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 ACOMPANHAR A GESTANTE THAIS APARECIDA VICENTE, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 14 DE ABRIL DE 2021.


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 121/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 13/04/21

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 a gestante **Thais Aparecida Vicente** em consulta no Hospital Santa Alice na Cidade de Santa Mariana no dia **14/04/2021** (quarta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi

Agência: 0717

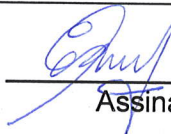
Conta Corrente: 00057790-1


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:



Nome



Assinatura

13 / 04 / 21

Data

696
846



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Cristiane Apa da Silva Jantos</u>	Cargo ou Função: <u>Agente C. 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
<u>14/04/21</u>	<u>40,00</u>			<u>40,00</u>
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

Nome: <u>Cristiane Apa da S. Jantos</u> Assinatura do Funcionário _____/_____/_____	Nome:  Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<u>14/04/21</u>	<u>Acompanhamento gestante no pré-natal em Janta Mariana</u>

Observações:



Hospital Stª Alice

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

Declaração

Declaro que **CRISTIANE APARECIDA DA SILVA**
foi acompanhada **CRISTIANE G. LONDRINI**
mãe

14/04/2011

João Koslov Neto
Ginecologista/Obstetra
CRM/PR 32476

"Saúde vale mais que riqueza."



Emissão de comprovantes

G3331508271775681
15/04/2021 08:32:20

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/04/2021 - AUTOATENDIMENTO - 08.32.20
2573902573 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
DOC ELETRONICO

CLIENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 17.915-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE
REMETENTE : FMS NOVA ST BARBARA - FUS
BANCO: 748 - BANCO 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: 15/04/2021

=====

DOCUMENTO: 041501
AUTENTICACAO SISBB: B.0A5.3CE.6CC.F5D.440