



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 N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
3790	26/07/2023	3790	3324/2023	2049/2023	

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

LUIZ ALEXANDRE MACHADO DOS SANTOS Matrícula 37778-3 CPF/CNPJ 056.720.739-05

Endereço Rua Maria da Glória Mendes Araújo, 876 - CASA Bairro CENTRO

Cidade/UF Nova Santa Bárbara/PR CEP 86250-000 Fone 43991137797 Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 748 717-0 63967-2

Classificação da despesa

2840 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\$ 800,00**

Outras informações

Retenções

Total de retenções
R\$ 0,00

Valor líquido
R\$ 800,00

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 72603 26/07/2023 R\$ 800,00

Recibo
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 2049/2023.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

ANA PAULA EISPO GONÇALVES
Tesorreira

ROSANA RUY DE SOUZA
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



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 **3324/2023** Emitido em **11/07/2023** Requisição N° _____ Empenho N° **2049/2023**

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 **LUIZ ALEXANDRE MACHADO DOS SANTOS** Matrícula **37778-3** CPF/CNPJ **056.720.739-05**
Endereço **Rua Maria da Gloria Mendes Araújo , 876 - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **43991137797** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **63967-2**

Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo do empenho**
08.001 Fundo Municipal de Saúde **R\$ 800,00**
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 800,00**
2840 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) **Saldo à Liquidar**
R\$ 0,00

Outras informações _____
Retenções _____
Total de retenções
R\$ 0,00
Valor líquido
R\$ 800,00

Servidor que autorizou a liquidação _____
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Histórico _____
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE 20 (VINTE) DIARIAS AO MOTORISTA LUIZ ALEXANDRE MACHADO DOS SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.


EDIVANIA MARTINS DE LIMA
Emissor


ROSANA RUY DE SOUZA
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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 **2049/2023** Tipo **Ordinário** Emitido em **11/07/2023** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

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 **LUIZ ALEXANDRE MACHADO DOS SANTOS** Matrícula **37778-3** CPF/CNPJ **056.720.739-05**
 Endereço **Rua Maria da Gloria Mendes Araújo , 876 - CASA** Bairro **CENTRO**
 Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **43991137797** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **63967-2**

Classificação da despesa _____
 08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior
 08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 67.200,00
 10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 800,00**
 2840 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo atual
 Do Exercício R\$ 66.400,00

Outras informações _____

Histórico _____
 ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE 20 (VINTE) DIARIAS AO MOTORISTA LUIZ ALEXANDRE MACHADO DOS SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE


 EDIVANIA MARTINS DE LIMA
 Emissor


 LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
 Contador - CRC: 046096


 ROSANA RUY DE SOUZA
 SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 223/2023

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 11/07/2023

ASSUNTO: Solicitação de Diária Motorista

Mediante autorização desta Secretaria Municipal de Saúde, solicito empenho e pagamento de diária no valor de **R\$ 800,00 (oitocentos reais)**, para as despesas com alimentação do Motorista **Luiz Alexandre Machado dos Santos** haja vista que as viagens são realizadas fora do Município.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.


Rosana Ruy de Souza

Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome

Assinatura

Data

2570
347-79-3

6049

DOC ou TED Eletrônico**Debitado**

Agência 2573-9
Conta corrente 17915-9 FMS NOVA ST BARBARA - FUS

Creditado

Banco 748 BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
Agência (sem DV) 717 SICREDI CAMBARA
Conta corrente (com DV) 639672
CPF 056.720.739-05
Nome favorecido LUIZ ALEXANDRE MACHADO DOS SANTOS
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 72.603
Valor 800,00
Destinação 0
Data transferência 26/07/2023

"C" - CNPJ diferente

Autenticação SISBB 1B5B761147128909

Assinada por	JE671980 ROSANA RUY	26/07/2023 08:21:16
	JE681743 CLAUDEMIR VALERIO	26/07/2023 08:45:38

[Transação efetuada com sucesso.](#)

Transação efetuada com sucesso por: JE681743 CLAUDEMIR VALERIO.