



# 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: 2964 Data: 20/06/2022 Previsão N°: 2969 Liquidação N°: 2616/2022 Empenho N°: 1605/2022 Requisição N°:

Modalidade: Sem licitação Número:

Contrato/Aditivo: Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor:

Fornecedor: LUÍZ 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:

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\$ 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 062001 20/06/2022 R\$ 800,00

Recibo:

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 1605/2022.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nova Santa Bárbara, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

  
KATIA BARDENIA DOS SANTOS  
Tesoureira

  
ROSANA RUY DE SOUZA

20/06 PAGAR



### 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 LIQUIDAÇÃO

Número **2516/2022** Emitido em **02/06/2022** Requisição Nº Empenho Nº  
1605/2022

Licitação \_\_\_\_\_  
Tipo \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_  
Sem licitação \_\_\_\_\_  
Contrato/Aditivo \_\_\_\_\_  
Assência 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**

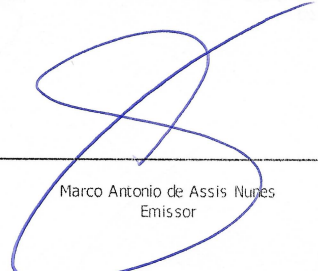
Classificação da despesa		Saldo do empenho
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 800,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	
10.301.0330.2024	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor liquidado
		<b>R\$ 800,00</b>
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS	
2710	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo à Liquidar
		R\$ 0,00

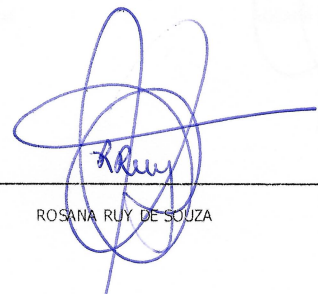
Outras informações \_\_\_\_\_

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 DIARIA 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.

  
\_\_\_\_\_  
Marco Antonio de Assis Nunes  
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

**02/2022** Tipo: **Ordinário** Emitido em: **02/06/2022** Requisição Nº: Req. Compra Nº:

Objeto: Número:

Caracterização: Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Assinatura: **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: **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		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 62.500,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	
08.301.0330.2024	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS	<b>R\$ 800,00</b>
2710	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
	Do Exercício	<b>R\$ 61.700,00</b>

Outras informações:

Histórico:

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA 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.

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 186/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 02/06/2022

**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.

G - 1605

C - 2710

F - 377783

  
Rosana Ruy de Souza  
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: \_\_\_\_\_

Nome

Assinatura

Data



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

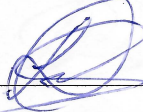
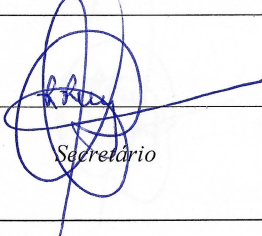
E 1605/22  
pr 20/06  
nº 2964

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

Funcionário: LUIZ ALEXANDRE MACHADO DOS SANTOS	Cargo ou Função: MOTORISTA
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
Dotação Orçamentária: Especificação: _____	
TOTAL DO RESSARCIMENTO: _____	

**RESUMO DAS DESPESAS**

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
08/06/2022	40,00			40,00
10/06/2022	40,00			40,00
14/06/2022	40,00			40,00
16/06/2022	40,00			40,00
20/06/2022	40,00			40,00
21/06/2022	40,00			40,00
22/06/2022	40,00			40,00
24/06/2022	40,00			40,00
<b>TOTAL</b>				<b>320,00</b>
<b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b>				

Nome:  Assinatura do Funcionário 15/08/22	Nome:  Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro
---	---	-----------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
08/06/2022	Londrina- Controle 795/2022
10/06/2022	Cornelio Procópio - Controle 810/2022
14/06/2022	Cornelio Procópio - Controle 839/2022
16/06/2022	Caderno
20/06/2022	Londrina- Controle 833/2022
21/06/2022	Londrina- Controle 846/2022
22/06/2022	Curitiba- Controle 858/2022
24/06/2022	Londrina- Controle 876/2022