



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°
11	21/01/2021	11	17/2021	66/2021	

Licitação
Tipo: Sem licitação
Número

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

Creditor
Fornecedor: SERGIO BITTENCOURT Matrícula: 1845-7 CPF/CNPJ: 705.196.339-20

Endereço: AV INTERVENTOR MANUEL RIBAS, 415 - CASA Bairro: CENTRO

Cidade: Nova Santa Bárbara PR CEP: 86250-000 Fone: 4332661058 Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 748 Agência: 717-0 Conta: 40065-3

Classificação da despesa
2720 08 Secretaria Municipal de Saúde
08.001 Fundo Municipal de Saúde
10.301.3320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Valor: R\$ 200,00

Outras informações

Retenções
Total de retenções R\$ 0,00
Valor líquido R\$ 200,00

Recursos	Documento	Data	Valor
0000 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303	012102	21/01/2021	R\$ 200,00

Recibo do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Duzentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 66/2021.

Assinatura

Nova Santa Bárbara, ____/____/____


KATIA GARDÊNIA 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 **17/2021** Emitido em **12/01/2021** Requisição Nº _____ Empenho Nº **66/2021**

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 **SERGIO BITTENCOURT** Matrícula **1845-7** CPF/CNPJ **705.196.339-20**

Endereço **AV INTERVENTOR MANUEL RIBAS, 415 - CASA** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661058** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **40065-3**

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%)

Saldo do empenho

R\$ 200,00

Valor liquidado

R\$ 200,00

Saldo à Liquidar

R\$ 0,00

Outras informações _____

Retenções _____

Total de retenções

R\$ 0,00

Valor líquido

R\$ 200,00

Servidor que autorizou a liquidação _____
224730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Histórico _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA O MOTORISTA SÉRGIO BITTENCOURT, O QUAL LEVARÁ O PACIENTE GILMAR ANTONIO DE LIMA PARA REALIZAÇÃO DE UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL ANGELINA CARON EM CURITIBA-PR, O MOTORISA SAIRÁ DE NOVA SANTA BÁRBARA DIA 13 DE JANEIRO DE 2021 ÀS 01:30 HORAS RETORNANDO APÓS ALTA MÉDICA DO PACIENTE.

Claudia Pereira da Silva
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 **66/2021** Tipo **Ordinário** Emitido em **12/01/2021** Requisição N° _____ Req. Compra N° _____


Licitação _____ Número _____
Tipo **Sem licitação**
Contrato/Aditivo _____
Aditivo _____ Início da vigência _____ Fim da vigência _____ Fim da vig. atualizada _____ Início da execução _____ Fim da execução _____ Fim da exe. atualizada _____

Provedor _____ Matrícula **1845-7** CPF/CNPJ **705.196.339-20**
Nome **SERGIO BITTENCOURT** Bairro **CENTRO**
Endereço **AV INTERVENTOR MANUEL RIBAS, 415 - CASA**
CEP **86250-000** Fone **4332661058** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **40065-3**

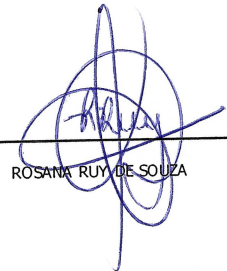
Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo anterior R\$ 104.100,00**
08.001 Fundo Municipal de Saúde **Valor empenhado R\$ 200,00**
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Saldo atual R\$ 103.900,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)
Do Exercício

Outras informações

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO AO MOTORISTA SÉRGIO BITTENCOURT, O QUAL LEVARÁ O PACIENTE GILMAR ANTONIO DE LIMA PARA REALIZAÇÃO DE UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO HOSPITAL ANGELINA CARON EM CURITIBA-PR, O MOTORISTA SAIRÁ DE NOVA SANTA BÁRBARA DIA 13 DE JANEIRO DE 2021 ÀS 07:30 HORAS RETORNANDO APÓS ALTA MÉDICA DO PACIENTE.


Clauda Pereira da Silva
Emissor


LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
Contador - CRC: 046096


ROSANA RUY DE SOUZA



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

C 66

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 015/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 12/01/21

ASSUNTO: Solicitação de Diária Motorista

Mediante autorização desta Secretaria Municipal de Saúde, solicito o empenho e pagamento de uma diária no **valor de R\$ 200,00 (duzentos reais)**, para o motorista **Sérgio Bittencourt** o qual levará o paciente Gilmar Antônio de Lima para realização de um procedimento cirúrgico no Hospital Angelina Caron em Curitiba. Informo que o motorista sairá de Nova Santa Bárbara no dia **13/01/2021 às 01:30 horas** e só retornará para o município após alta médica do paciente.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi
Agência: 0717
Conta Corrente: 40065-3


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:


Nome


Assinatura

12 / 01 / 21
Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

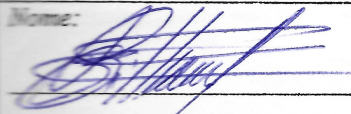
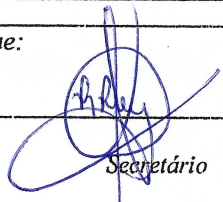
E 6612
18/Jul
realiza

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: SERGIO BITTENCOURT	Cargo ou Função: MOTORISTA
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	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
13-01-21	200,00			200,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 200,00

Nome:  Assinatura do Funcionário	Nome:  Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro
---	--	---------------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
13-01-21	LEVAR PACIENTE NO HOSPITAL ANGELINA CARON GILMAR ANTONIO DE LIMA

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 021/2021

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
13/01/2021

SAÍDA:
01:30HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
GILMAR ANTONIO DE LIMA	CIRURGIA	HOSPITAL ANGELINA CARON	
MOTORISTA	SERGIO BITTENCOURT		
VEICULO	TOURO		

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
21/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 08.58.15
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: 8717-X - SICREDI CAMBARA
CONTA: 40.065-3

FRACIONADO: SERGIO BITTENCOURT
CPF/CNPJ: 705.196.339-20
VALOR: R\$ 200,00
DEBITO EM: 21/01/2021

=====

DOCUMENTO: 812102
AUTENTICACAO SISBB: 4.BCA.888.177.9DC.5F7