



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°
3332	27/08/2021	3332	2959/2021	1817/2021	

Licitação _____ Número _____
Tipo _____

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 _____ Matrícula _____ CPF/CNPJ _____
Fornecedor TEREZA DA SILVA GONCALVES 24830-4 750.458.189-53
Endereço RUA SEBASTIAO PRUDENCIO PINHEIRO, 90 - CASA Bairro RECANTO SABIA
Cidade/UF Nova Santa Bárbara/PR CEP 86250-000 Fone 4332661253 Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 748 717-0 34199-1

Classificação da despesa _____
2700 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 _____ Documento _____ Data _____ Valor
0294730 - ROSANA RUY DE SOUZA 082701 27/08/2021 R\$ 40,00
Recursos 002020 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303

Recibo
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 1817/2021.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tesoureira

ROSANA RUY DE SOUZA



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: 2959/2021 Emitido em: 17/08/2021 Requisição Nº: Empenho Nº: 1817/2021

Objeto:
 Tipo:
 Número:
 Descrição:
 Contrato/Aditivo:
 Sistema: Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

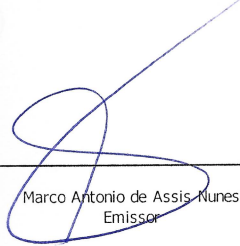

Destinatário:
 Nome: TEREZA DA SILVA GONCALVES Matrícula: 24830-4 CPF/CNPJ: 750.458.189-53
 Endereço: RUA SEBASTIAO PRUDENCIO PINHEIRO, 90 - CASA Bairro: RECANTO SABIA
 CEP: 86250-000 Fone: 4332661253 Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 748 Agência: 717-0 Conta: 34199-1

Classificação da despesa	Saldo do empenho
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 40,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde	
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor liquidado: R\$ 40,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	
3700 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\$ 40,00

Servidor que autorizou a liquidação: ROSANA RUY DE SOUZA

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DEPESA COM ALIMENTAÇÃO À FUNCIONÁRIA TEREZA DA SILVA GONÇALVES, QUE IRÁ ACOMPANHAR A EQUIPE DO CRAS, EM ACOMPANHAMENTO A PACIENTE IZAMARA RODRIGUES DE SOUZA QUE SE ENCONTRA INTERNADA NO HOSPITAL SANTA CASA DE CORNELIO PROCOPIO NA DATA DE 17/08/2021.



V79159

Marco Antonio de Assis Nunes Emissor
 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 EMPENHO

Número: 118/17/2021 Tipo: Ordinário Emitido em: 17/08/2021 Requisição Nº: _____ Req. Compra Nº: _____

Localização: _____ Número: _____
 Tipo: _____

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

Destinatário: TEREZA DA SILVA GONCALVES Matrícula: 24830-4 CPF/CNPJ: 750.458.189-53

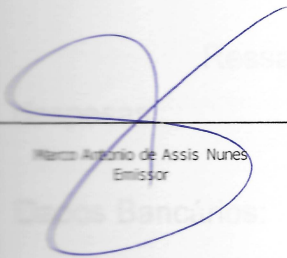
Endereço: RUA SEBASTIAO PRUDENCIO PINHEIRO, 90 - CASA Bairro: RECANTO SABIA


Cidade: Nova Santa Bárbara/PR CEP: 86250-000 Fone: 4332661253 Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 748 Agência: 717-0 Conta: 34199-1

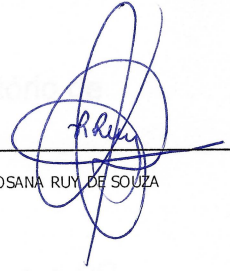
Classificação da despesa		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 54.170,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	
10.301.0320	2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
3.3.90.14	14.01 SERVIDORES EFETIVOS	R\$ 40,00
2700	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
	Do Exercício	R\$ 54.130,00

Outras informações: _____

Observação: ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DEPESA COM ALIMENTAÇÃO À FUNCIONÁRIA TEREZA DA SILVA GONÇALVES, QUE IRÁ ACOMPANHAR A EQUIPE DO CRAS, EM ATENDIMENTO A PACIENTE IZAMARA RODRIGUES DE SOUZA QUE SE ENCONTRA INTERNADA NO HOSPITAL SANTA CASA DE CORNELIO PROCOPIO NA DATA DE 17/08/2021.


 Marco Antonio de Assis Nunes
 Emissor


 LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
 Contador - CRC: 046096


 ROSANA RUY DE SOUZA

Banco: _____
 Agência: 0717
 Conta Corrente: 34 199

Recebido por: _____ Nome: _____ Data: _____

Rua Antônio de Almeida, 100 - Centro - Nova Santa Bárbara - PR - CEP: 86250-000



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 256/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 17/08/21

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 Comunitário de Saúde **Tereza da Silva Gonçalves** a qual irá acompanhar a equipe do CRAS em atendimento a paciente **Izamara Rodrigues de Souza** que se encontra internada (a qual tentou tirar a própria vida ingerindo vários medicamentos) no Hospital Santa Casa de Cornélio Procópio na data de hoje **17/08/2021** (terça-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi

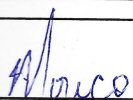
Agência: 0717

Conta Corrente: 34.199-1

C- 2700
F- 248649


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:


Nome


Assinatura

17 / 08 / 21
Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 1817/21
Pg 3332/21
nº 2708

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Leiza da Silva Gonçalves</i>	Cargo ou Função:
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
17/08/2021	40,00			40,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 40,00

Nome: <i>Leiza da Silva Gonçalves</i> Assinatura do Funcionário 17/08/2021	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro
---	--	-----------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
17/08/2021	Acompanhar equipe do CRAS em atendimento a paciente Lizmara Rodrigues de Souza que se encontra internada no Hospital Santa Casa de Cemelio Procopio.

Observações:



Emissão de comprovantes

G3362711053413691
27/08/2021 11:09:51

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 11.09.52
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 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0717-X - SICREDI CAMBARA
CONTA: 34.199-1

PREVEJIDO: TEREZA DA SILVA GONCALVES
CPF/CNPJ: 750.458.189-53
VALOR: R\$ 40,00
DEBITO EM: 27/08/2021

=====

DOCUMENTO: 082701
AUTENTICACAO SISBB: 9.B60.079.60B.025.3C6

	R\$ 0,00
	R\$ 40,00
	R\$ 0,00
	R\$ 0,00
	R\$ 0,00
	R\$ 0,00
	R\$ 40,00
	R\$ 0,00

1604