



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	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
3276	29/06/2022	3276	2941/2022	1773/2022	

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 **CARLOS TRINDADE** Matrícula 34871-6 CPF/CNPJ 014.871.859-01

Endereço RUA EDITH BITTENCOURT DE ARAUJO, S/N - CASA Bairro CONJUNTO ALVORADA

Cidade/UF Nova Santa Bárbara/PR CEP 86250-000 Fone _____ Tipo de conta bancária Conta Corrente Banco 748 Agência 717-0 Conta 53248-7

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 062901	29/06/2022	R\$ 800,00


Recibo _____

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 1773/2022.

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 **2941/2022** Emitido em **23/06/2022** Requisição Nº _____ Empenho Nº **1773/2022**

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 **CARLOS TRINDADE** Matrícula **34871-6** CPF/CNPJ **014.871.859-01**
Endereço **RUA EDITH BITTENCOURT DE ARAUJO, S/N - CASA** Bairro **CONJUNTO ALVORADA**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **53248-7**


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

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 CARLOS TRINDADE, 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: 9556108000160 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 **1773/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **23/06/2022** Requisição N° _____ Req. Compra N° _____

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 **CARLOS TRINDADE** Matrícula **34871-6** CPF/CNPJ **014.871.859-01**

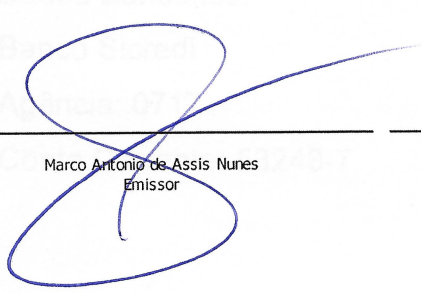
Endereço **RUA EDITH BITTENCOURT DE ARAUJO, S/N - CASA** Bairro **CONJUNTO ALVORADA**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **53248-7**

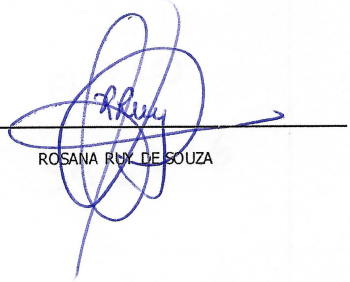
Classificação da despesa		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 56.780,00
10.001	Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
10.301.0330.2024	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 800,00
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS	Saldo atual
2710	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Do Exercício	R\$ 55.980,00

Outras informações _____

Histórico _____
 ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA CARLOS TRINDADE, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE


 Marco Antonio da Assis Nunes
 Emissor


 LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
 Contador - CRC: 046096


 ROSANA RUY DE SOUZA

(Faint watermark text)
 Secretária Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 205/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 23/06/2022

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, **Carlos Trindade** haja vista que as viagens são realizadas fora do Município.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi

Agência: 0717

Conta Corrente: 53248-7

C - 2710
F - 348716


Rosana Ruy de Souza

Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome

Assinatura

Data

23/06/22



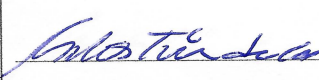
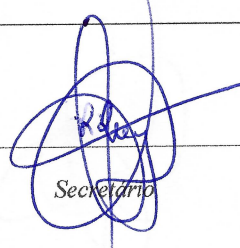
PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ
DEMONSTRATIVO DE DESPESAS

E 1773/22
Pg 29/06
nº 3276.

Funcionário: Carlos Trindade	Cargo ou Função: Motorista
Órgão:	Nota de Empenho N Solicitação N°
Dotação Orçamentária: Especificação: _____	
TOTAL DO RESSARCIMENTO: _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
29/06/2022	40,00			40,00
30/06/2022	40,00			40,00
01/07/2022	40,00			40,00
02/07/2022	40,00			40,00
04/07/2022	40,00			40,00
05/07/2022	40,00			40,00
06/07/2022	40,00			40,00
07/07/2022	40,00			40,00
08/07/2022	40,00			40,00
10/07/2022	40,00			40,00
TOTAL	400,00			400,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				

Nome:  Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome:  Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
29/06/22	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Cornélio Procópio
30/06/22	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Londrina
01/07/22	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Cornélio Procópio
02/07/22	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Arapongas
04/07/22	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Londrina
05/07/22	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Londrina
06/07/22	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Cornélio Procópio
07/07/22	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Cornélio Procópio
08/07/22	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de São J. da Serra e C. Procópio
10/07/22	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Cornélio Procópio



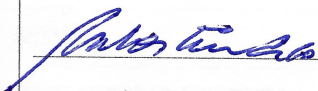
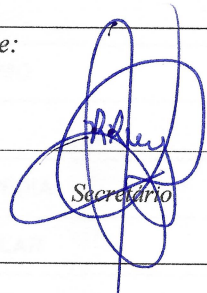
PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA

ESTADO DO PARANÁ
DEMONSTRATIVO DE DESPESAS

Funcionário: Carlos Trindade	Cargo ou Função: Motorista
Órgão:	Nota de Empenho N Solicitação N°
Dotação Orçamentária: Especificação: _____	
TOTAL DO RESSARCIMENTO: _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
11/07/2022	200,00			200,00
13/07/2022	40,00			40,00
14/07/2022	40,00			40,00
16/07/2022	40,00			40,00
19/07/2022	40,00			40,00
20/07/2022	40,00			40,00
TOTAL				400,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
11/07/22	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Curitiba - Pernoite
13/07/22	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Londrina
14/07/22	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Londrina
16/07/22	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Londrina
19/07/22	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Londrina
20/07/22	Viagem a serviço da secretaria de saúde a cidade de Londrina