



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°
1255	16/04/2021	1256	1189/2021	714/2021	

Licitação _____

Tipo _____ Número _____

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

CLEDELAINÉ TEIXEIRA COSTA DOS SANTOS Matrícula 39561-7 CPF/CNPJ 076.701.379-40

Endereço RUA JOSE CARNEIRO DA SILVA, 21 Bairro CENTRO

Cidade/UF Santa Cecília do Pavão/PR CEP 86225-000 Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Conta Corrente 001 2573-9 18407-1

Classificação da despesa

2700 08 Secretaria 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 _____

204730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Recursos _____ Documento _____ Data _____ Valor

204730 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 0000184707 16/04/2021 R\$ 40,00

Recibo _____

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 714/2021.

Assinatura: _____

KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tessourera

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 **1189/2021** Emitido em **15/04/2021** Requisição Nº _____ Empenho Nº **714/2021**

Licitação Tipo **Sem licitação** Número _____

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

CLEIDELAINE TEIXEIRA COSTA DOS SANTOS Matrícula **39561-7** CPF/CNPJ **076.701.379-40**

Endereço **RUA JOSE CARNEIRO DA SILVA, 21** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Santa Cecília do Pavão/PR** CEP **86225-000** Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa

08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo do empenho**

08.001 Fundo Municipal de Saúde **R\$ 40,00**

10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado**

3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 40,00**

2700 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

234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Histórico

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DEPESA COM ALIMENTAÇÃO À FUNCIONÁRIA CLEIDELAINE TEIXEIRA DA COSTA, QUE IRÁ TRANSFERIR O PACIENTE NATALÍCIO PAULO DA SILVA, QUE SE ENCONTRA INTERNADO NA SANTA CASA DE CORNÉLIO PROCÓPIO-PR, PARA O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA-PR, NO DIA 16 DE ABRIL DE 2021.


EDIVANHA MARTINS DE LIMA
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 **714/2021** Tipo **Ordinário** Emitido em **15/04/2021** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

Licitação _____
Tipo **Sem licitação** Número _____

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 **CLEIDELAINE TEIXEIRA COSTA DOS SANTOS** Matrícula **39561-7** CPF/CNPJ **076.701.379-40**

Endereço **RUA JOSE CARNEIRO DA SILVA, 21** Bairro **CENTRO**


Cidade/UF **Santa Cecília do Pavão/PR** CEP **86225-000** Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo anterior**
08.001 Fundo Municipal de Saúde **R\$ 81.530,00**
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\$ 81.490,00**


Outras informações _____

Histórico _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DEPEÇA COM ALIMENTAÇÃO À FUNCIONÁRIA CLEIDELAINE TEIXEIRA DA COSTA, QUE IRÁ TRANSFERIR O PACIENTE NATALÍCIO PAULO DA SILVA, QUE SE ENCONTRA INTERNADO NA SANTA CASA DE CORNÉLIO PROCÓPIO-PR, PARA O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA-PR, NO DIA 16 DE ABRIL DE 2021.


EDIVANIA MARTINS DE LIMA
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 128/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 15/04/21

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 técnica de enfermagem **Cleidelaine Teixeira da Costa** a qual irá transferir o paciente Natalício Paulo da Silva que se encontra internado na Santa Casa de Cornélio para o Hospital Universitário de Londrina no dia **16/04/2021** (sexta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco do Brasil

Agência: 2573-9

Conta Corrente: 18407-1


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: Edvânia

Nome

Edvânia
Assinatura

15 / 04 / 21
Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Cleideiane F. da Costa</i>	Cargo ou Função: <i>Te. de enfermagem</i>
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
<i>16/04/21</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ <i>40,00</i>

Nome: <i>Cleideiane F. da Costa</i> Assinatura do Funcionário <i>26/04/21</i>	Nome: <i>[Signature]</i> Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro
--	---	-----------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>16/04/21</i>	<i>Transporte paciente natalício Paulo da Silva que se encontra internado na Santa casa de Cornélio Procopio p. o Hospital Universitário de Bondinho.</i>

Observações:



Emissão de comprovantes

G3331611459343711
16/04/2021 11:47:4116/04/2021 - BANCO DO BRASIL - 11:47:20
257302573 SEGUNDA VIA 0001COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTECLIENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 17.915-9

=====

DATA DA TRANSFERENCIA 16/04/2021

NR. DOCUMENTO 552.573.000.018.407

VALOR TOTAL 40,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEIDELAINE T COSTA
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 18.407-1

NR. DOCUMENTO 552.573.000.017.915

=====

NR. AUTENTICACAO 4.659.7EB.FB9.F1D.D29

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.