



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°
2258	16/05/2022	2266	2135/2022	1365/2022	

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 **CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS** Matrícula **24864-9** CPF/CNPJ **041.207.669-18**
Endereço **RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA** Bairro **ALTO DA BOA VISTA**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661253** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **57790-1**

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\$ 40,00**

Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 40,00**


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	051601	16/05/2022	R\$ 40,00


Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 1365/2022.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____



KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tesorreira



ROSANA RUY DE SOUZA

Município de Nova Santa Bárbara - PR



CNPJ: 95561080000160 IE: de Moraes, 222 - Centro CEP: 86250000 Cidade: Nova Santa Bárbara
Endereço: Rua Walfredo Bittencourt Fone: (43) 3266-8100 Fax: Mesmo

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número: **2135/2022** Emitido em: **10/05/2022** Requisição Nº: _____ Empenho Nº: **1365/2022**

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: **CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS** Matrícula: **24864-9** CPF/CNPJ: **041.207.669-18**
Endereço: _____ Bairro: **ALTO DA BOA VISTA**
RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA
Cidade/UF: _____ CEP: _____ Fone: _____ Tipo de conta bancária: _____ Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____
Nova Santa Bárbara/PR **86250-000** **4332661253** **Conta Corrente** **748** **717-0** **57790-1**

Classificação da despesa: _____ Saldo do empenho: _____
08 Secretaria Municipal de Saúde **R\$ 40,00**
08.001 Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado: _____
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **R\$ 40,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Saldo à Liquidar: _____
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) **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 A FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, PARA ACOMPANHAR A GESTANTE RENATA DOS SANTOS SILVA, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 11/05/2022.

EDIVANIRA MARTINS DE LIMA
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: **1365/2022** Tipo: **Ordinário** Emitido em: **10/05/2022** Requisição Nº: _____ Req. Compra Nº: _____

Licitação: _____ Número: _____
 Tipo: _____
 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: **CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS** Matrícula: **24864-9** CPF/CNPJ: **041.207.669-18**

Endereço: **RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA** Bairro: **ALTO DA BOA VISTA**

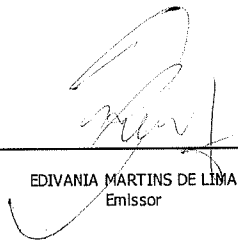
Cidade/UF: **Nova Santa Bárbara/PR** CEP: **86250-000** Fone: **4332661253** Tipo de conta bancária: **Conta Corrente** Banco: **748** Agência: **717-0** Conta: **57790-1**

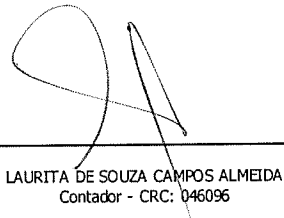
Classificação da despesa		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 69.940,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
10.301.0330.2024	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 40,00
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS	Saldo atual
2710	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	R\$ 69.900,00
	Do Exercício	

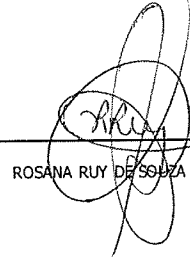
Outras informações: _____

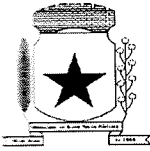
Histórico: _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, PARA ACOMPANHAR A GESTANTE RENATA DOS SANTOS SILVA, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 11/05/2022.


 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 156/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 10/05/22

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 **Cristiane Aparecida da Silva Santos** a qual irá acompanhar a gestante **Renata dos Santos Silva**, em consulta no Hospital Santa Alice na Cidade de Santa Mariana no dia **11/05/2022** (quarta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

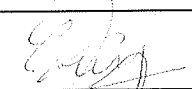
Dados Bancários:

Banco Sicredi
Agência: 0717
Conta Corrente: 00057790-1


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:


Nome


Assinatura

10/05/22
Data

2410
248649
1365



Rua Manoel da Silva Machado, 554 - Centro
CEP 86350-000 - Santa Mariana - PR
Fone: (43) 3531-1436

Hospital **Stª Alice**

Recursos

Quero que tenhamos opções de
Linha Amarela para atender a
primária no município de Itaipava

11/05/2012

João Koslowski Neto
Ginecologista/Obstetra
CRM - 32476

"Saúde vale mais que riqueza."

Emissão de comprovantes

SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
AUTOATENDIMENTO - 12.26.48
SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE
TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
ORIGEM: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
CONTA: 2573-9 CONTA: 17.915-9

QUANTIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
ORIGEM: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0717-X - SICREDI CAMBARA
CONTA: 57.790-1

RECEBIDO: CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS
CPF/CNPJ: 041.207.669-18 40,00
VALOR: R\$
DEBITO EM: 16/05/2022

DOCUMENTO: 051601
AUTENTICACAO SISBB: 3.083.467.2FC.577.6BF

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.