



# 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°
<b>209</b>	30/01/2023	217	127/2023	119/2023	

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 \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_ CPF/CNPJ \_\_\_\_\_  
**CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS** 24864-9 041.207.669-18

Endereço \_\_\_\_\_ Barro \_\_\_\_\_  
RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA ALTO DA BOA VISTA

Cidade/UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta \_\_\_\_\_  
Nova Santa Bárbara/PR 86250-000 43991675570 Conta Corrente 748 717-0 57790-1

Classificação da despesa \_\_\_\_\_  
2840 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

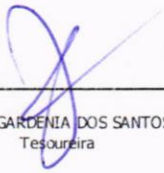
Servidor que autorizou o pagamento \_\_\_\_\_  
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Recursos	Documento	Data	Valor
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303	013002	30/01/2023	R\$ 40,00

Recibo \_\_\_\_\_  
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 119/2023.

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 **127/2023** Emitido em **17/01/2023** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Empenho Nº **119/2023**

**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 \_\_\_\_\_

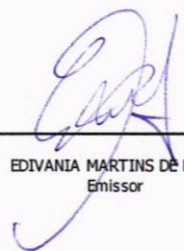
**Credor**  
 Fornecedor **CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS** Matrícula **24864-9** CPF/CNPJ **041.207.669-18**  
 Endereço **RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA** Bairro **ALTO DA BOA VISTA**  
 Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **43991675570** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **57790-1**


**Classificação da despesa**  
 08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho R\$ 40,00  
 08.001 Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado R\$ 40,00  
 10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Saldo à Liquidar R\$ 0,00  
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS  
 2840 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

**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 SERVIDORA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUE IRÁ ACOMPANHAR TRES GESTANTES DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE, NA CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 18 DE JANEIRO DE 2023.

  
 \_\_\_\_\_  
 EDIVANIA 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	Tipo	Emitido em	Requisição Nº	Req. Compra Nº
<b>119/2023</b>	Ordinário	17/01/2023		

Licitação	Número
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
Sequência Contrato							

Credor	Matrícula	CPF/CNPJ
Fornecedor	24864-9	041.207.669-18
<b>CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS</b>		

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

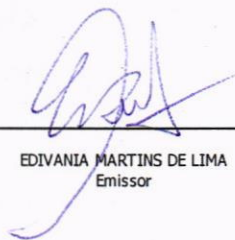
Cidade/UF	CEP	Fone	Tipo de conta bancária	Banco	Agência	Conta
Nova Santa Bárbara/PR	86250-000	43991675570	Conta Corrente	748	717-0	57790-1

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 115.600,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde	
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	<b>R\$ 40,00</b>
2840 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
Do Exercício	R\$ 115.560,00

Outras informações

Histórico

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A SERVIDORA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUE IRÁ ACOMPANHAR TRES GESTANTES DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE, NA CIDA DE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 18 DE JANEIRO DE 2023.

  
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** 013/2023

**PARA:** Secretaria de Administração

**DATA:** 17/01/23

**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 as gestantes, Adriana Justino da Silva, Josiane Cardoso da Silva e Millena Soares em consulta no Hospital Santa Alice na cidade de Santa Mariana no dia **18/01/2023** (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

17 / 01 / 2023  
Data

119  
1262



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**NOVA SANTA BÁRBARA**  
ESTADO DO PARANÁ

**DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO**

Funcionário: <i>Cristiane Apa da Silva Santos</i> Orgão: Secretaria Municipal de Saúde Unidade Administrativa:	Cargo ou Função: <i>Agente Comunitário de Saúde</i> Nota de Empenho N°: Solicitação N°:
DESPESA REALIZADA COM RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: ____/____/____ NUMERO DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: _____	

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
18/02/23	40,00			
<b>TOTAL</b>				40,00.
<b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b>				

**RESUMO DAS DESPESAS**

Nome: <i>Cristiane Apa da Silva Santos</i> Assinatura do Funcionário <u>18/02/23</u>	Nome:  Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
18/02/23	acompanhando gestante no pré-natal em Jandaia



CNPJ 14.736.446/0001-93.

Integrado em Saúde Ltda.

Centro

Rua Manoel da

Silva Machado 554 bloco A, 232.

CEP: 86.350.000.

## DECLARAÇÃO

DECLARO QUE CRISTIANE APARECIDA DA SILVA ESTEVE ACOMPANHANDO  
GESTANTES EM PRÉ NATAL NA MANHÃ DE HOJE.

DATA: 18/01/2023

João Koslov Neto  
Ginecologista e Obstetra  
CRM/PR - 32476

---

Dr. João Koslov Neto

CRM-PR 32476

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
30/01/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.46.07  
2573902573 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS  
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 17.915-9

=====

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

FAVORECIDO: CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS  
CPF/CNPJ: 041.207.669-18  
VALOR: R\$ 40,00  
DEBITO EM: 30/01/2023

=====

DOCUMENTO: 013002  
AUTENTICACAO SISBB: F.92F.D0C.319.D26.11E