



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°
2079	05/05/2022	2092	1967/2022	1284/2022	

Licitação
Tipo Sem licitação
Número

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**
Endereço RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA
Cidade/UF Nova Santa Bárbara/PR

Matrícula 24864-9
CPF/CNPJ 041.207.669-18
Bairro ALTO DA BOA VISTA

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	050503	05/05/2022	R\$ 40,00

Recibo
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 1284/2022.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tesoureira

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 **1967/2022** Emitido em **02/05/2022** Requisição Nº _____ Empenho Nº **1284/2022**

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 **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**

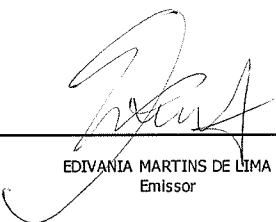
Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo do empenho**
08.001 Fundo Municipal de Saúde **R\$ 40,00**
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 40,00**
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) **Saldo à Liquidar**
R\$ 0,00

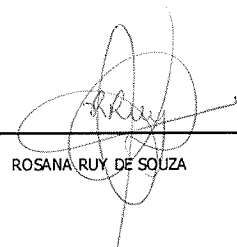
Outras informações _____

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 A FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, PARA ACOMPANHAR DUAS GESTANTES DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 04/05/2022.


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
1284/2022	Ordinário	02/05/2022		

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

Classificação da despesa		Saldo anterior	
08 Secretaria Municipal de Saúde		R\$ 70.820,00	
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\$ 70.780,00	
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 DUAS GESTANTES DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 04/05/2022.

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 149/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 02/05/22

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 as gestantes **Daiane de Fátima Proença da Exaltação e Gabrielli Subtil Pimentel**, em consulta no Hospital Santa Alice na Cidade de Santa Mariana no dia **04/05/2022** (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

02/05/22
Data



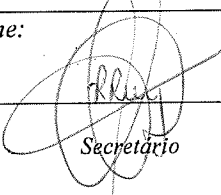
PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Cristiane Aparecida da Silva Santos</i>	Cargo ou Função: <i>Agente Comunitário de Saúde</i>
Orgão: <i>Secretaria Municipal de Saúde</i> Unidade Administrativa:	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
<i>04/05/22</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL				<i>40,00</i>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				

RESUMO DAS DESPESAS

Nome: <i>Cristiane Ap. da Silva Santos</i> Assinatura do Funcionário ___/___/___	Nome:  Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>04/05/22</i>	<i>acompanhando gestante no p.u.e natal em santa mariana</i>



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

Hospital **Stª Alice**

Palmas

Deixo de custear a moradia do Sr
LUIZ DOMINGOS PEREIRA NO
mês de maio

04/05/12

João Roberto
Diretor Administrativo
Hospital Stª Alice

"Saúde vale mais que riqueza."

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2022 - AUTOATENDIMENTO - 14.17.25
2573902573 SEGUNDA VIA 0003
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: 05/05/2022
=====

DOCUMENTO: 050503
AUTENTICACAO SISBB: 7.CEB.FB2.245.9A2.D36

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.