



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

Nº: 2994 Data: 06/08/2021 Previsão N°: 2994 Liquidação N°: 2786/2021 Empenho N°: 1695/2021 Requisição N°:

Localização: _____
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

Creditor: _____
Prestador: **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
Classif: 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: 2700 08 Secretaria Municipal de Saúde
08.001 Fundo 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: 224730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Recursos: 00003 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Documento: 080603 Data: 06/08/2021 Valor: R\$ 40,00
Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303

Recibo: Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 1695/2021.

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 **2786/2021** Emitido em **03/08/2021** Requisição Nº _____ Empenho Nº **1695/2021**

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**

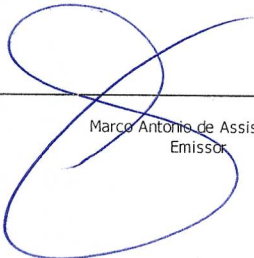
Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho
08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 40,00
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 40,00
2700 **00303** Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo à Liquidar
R\$ 0,00

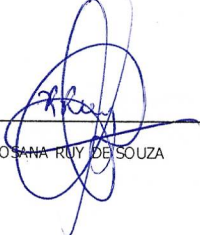
Outras informações _____

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 CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, QUE IRÁ ACOMPANHAR 03 (TRES) GESTANTES DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 04 DE AGOSTO DE 2021.


Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor


ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 242/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 03/08/21

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 Agente Comunitário de Saúde **Cristiane Aparecida da Silva Santos** a qual irá acompanhar as gestantes, **Ana Paula Barbosa da Silva, Ariele Fernanda Neri Costa e Daniele Gonçalves Araújo** em consulta no Hospital Santa Alice na Cidade de Santa Mariana no dia **04/08/2021** (quarta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi

Agência: 0717

Conta Corrente: 00057790-1

C - 2700
F - 248644


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: Wanda Vin
Nome

[Signature]
Assinatura

03 / 08 / 21
Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 1695/21
PR 06/08
nº 2994

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Cristiane Apa da Silva</i>	Cargo ou Função: <i>Agente Comunitária de Saúde</i>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ Nº DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
09/08/21	40,00			40,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

Nome: <i>Cristiane Apa da Silva</i> Assinatura do Funcionário 09/08/21	Nome: Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	-------------------------	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
09/08/21	<i>acompanhando gestante no pré-natal em Ponta Marinha</i>

Observações:



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

Hospital **Stª Alice**

Declarar

Declaro que o Sr. João Koslov Neto
está devidamente habilitado a exercer
a profissão no município de Horta

09/08/21

João Koslov Neto
CRM/PR 32476

Ginecologista/Obstetra - RQE 21614
Reprodução Asséptica - RQE 26337
Endoscopia Ginecológica - RQE 26338

"Saúde vale mais que riqueza."

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
06/08/2021 - AUTOATENDIMENTO - 08.41.34
2573902573 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
DOC ELETRONICO

CLIENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 17.915-9

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE
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: 06/08/2021

DOCUMENTO: 080603
AUTENTICACAO SISBB: B.C0D.C96.4C0.D21.98B

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.

06/08/2021
17:00:14
VALOR: R\$ 40,00
17:00:14

R\$ 40,00
R\$ 0,00
R\$ 40,00

17915-9