



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 **3193/2021** Emitido em **31/08/2021** Requisição Nº _____ Empenho Nº **1977/2021**

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 **R\$ 40,00**
08.001 Fundo Municipal de Saúde
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado **R\$ 40,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Saldo à Liquidar _____
2700 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 PARA CUSTEAR DEPESA COM ALIMENTAÇÃO À FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, QUE IRÁ ACOMPANHAR 02 (DUAS) GESTANTES DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 01 DE SETEMBRO DE 2021.

Marco Antonio de Assis Nunes
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 **1977/2021** Tipo **Ordinário** Emitido em **31/08/2021** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

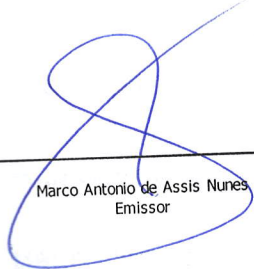
Licitação _____ Número _____
 Tipo _____
 Sem licitação

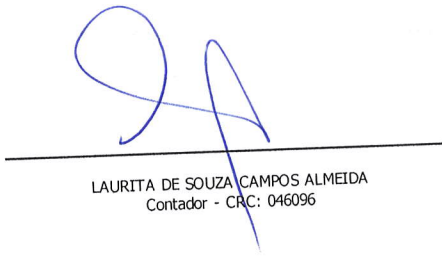
Contrato/Aditivo _____ Aditivo _____ Início da vigência _____ Fim da vigência _____ Fim da vig. atualizada _____ Início da execução _____ Fim da execução _____ Fim da exe. atualizada _____
 Sequência _____ Contrato _____

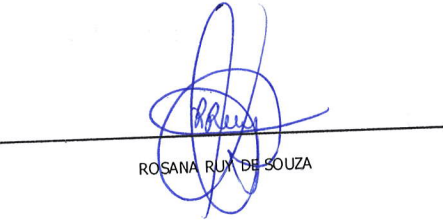
Credor _____ Matrícula _____ CPF/CNPJ _____
 Fornecedor **CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS** 24864-9 041.207.669-18
 Endereço _____ Bairro **ALTO DA BOA VISTA**
RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA
 Cidade/UF _____ CEP _____ Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Nova Santa Bárbara/PR 86250-000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

Classificação da despesa _____
 08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior
 08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 51.690,00
 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\$ 51.650,00

Outras informações _____
 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 02 (DUAS) GESTANTES DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 01 DE SETEMBRO DE 2021.


 Marco Antonio de Assis Nunes
 Emissor


 LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
 Contador - CRC: 046096


 ROSANA RUY DE SOUZA

Recibido



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 272/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 31/08/21

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 e Evilaine Arroio Vicente** em consulta no Hospital Santa Alice na Cidade de Santa Mariana no dia **01/09/2021** (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:

Marco Vinha
Nome


Assinatura

31 / 08 / 21
Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 1977/21
18 02/09/21
nº 3425.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Cristiane Aparecida da Silva Jantos</i>	Cargo ou Função: <i>Agente comunitário 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 ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>01/09/21</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

Nome: <i>Cristiane Aparecida da Silva Jantos</i> Assinatura do Funcionário <i>01/09/21</i>	Nome: <i>[Signature]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>01/09/21</i>	<i>Acompanhando gestantes no pré-natal em Janta Maracá</i>

Observações:



Hospital **Stª Alice**

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

Deliberas

Delibero de Manoel da Silva
Gouveia acompanhando Gofardo em pré-natal
recomenda o teste

01/05/12

João Koslov Neto
Ginecologista/Obstetra
CRM/PR 32476

"Saúde vale mais que riqueza."

02/09/2021

Banco do Brasil

G3350211288794431
02/09/2021 11:31:17



Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/09/2021 - AUTOATENDIMENTO - 11.31.16
2573902573 SEGUNDA VIA 0002
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: 02/09/2021

=====

DOCUMENTO: 090201
AUTENTICACAO SISBB: 0.A53.F97.FD9.B85.FDE

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.