



Município de Nova Santa Bárbara - PR

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

NOTA DE PAGAMENTO

Número 4092	Data 15/08/2022	Previsão N° 4101	Liquidação N° 3840/2022	Empenho N° 2328/2022	Requisição N°
-----------------------	--------------------	---------------------	----------------------------	-------------------------	---------------

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	CPF/CNPJ				
Endereço			24864-9	041.207.669-13				
RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA			Bairro			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								
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								
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303	Documento	Data	Valor				
		081504	15/08/2022	R\$ 40,00				

Recibo _____
 Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 2328/2022.

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: **3840/2022** Emitido em: **08/08/2022** Requisição Nº: _____ Empenho Nº: **2328/2022**

Localização: _____ Número: _____
 Tipo: _____
 Sem licitação
 Contrato/Aditivo: _____
 Descrição: _____ 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**

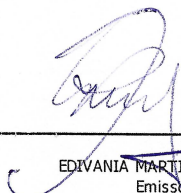
Classificação da despesa		Saldo do empenho
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 40,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	
10.301.0330.2024	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 40,00
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS	
2710	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	R\$ 0,00

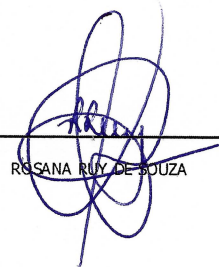
Outras informações: _____

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 AS GESTANTES EMANUELLI MARIA OLIVEIRA SANTOS, MILENA GRAZIELA COSTA, NATALIA DE CARVALHO E NOEMIA EGIDIO DA CRUZ, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 10/08/2022.


 EDIVANIRA MARTINS DE LIMA
 Emissor


 ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9



Município de Nova Santa Bárbara - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Ano: 2022/2022 Tipo: Ordinário Emitido em: 08/08/2022 Requisição Nº: Req. Compra Nº:

Localização: Número:

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

Credor: CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS Matrícula: 24864-9 CPF/CNPJ: 041.207.669-18

Endereço: RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA CEP: 86250-000 Fone: 43991675570 Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 748 Agência: 717-0 Conta: 57790-1 Bairro: ALTO DA BOA VISTA

Classificação da despesa: 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
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)
Do Exercício

Saldo anterior: R\$ 41.780,00
Valor empenhado: R\$ 40,00
Saldo atual: R\$ 41.740,00

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 AS GESTANTES EMANUELLI MARIA OLIVEIRA SANTOS, MILENA GRAZIELA COSTA, NATALIA DE CARVALHO E NOEMIA EGIDIO DA CRUZ, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 10/08/2022.

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 257/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 08/08/22

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 **Emanuelli Maria Oliveira Santos, Milena Graziela Costa, Natália de Carvalho e Noêmia Egídio da Cruz** em consulta no Hospital Santa Alice na cidade de Santa Mariana no dia **10/08/2022** (quarta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

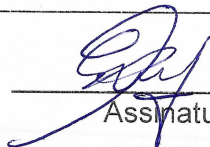
Banco Sicredi
Agência: 0717
Conta Corrente: 00057790-1


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:



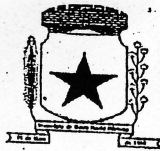
Nome



Assinatura

08, 08, 22

Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Giustine Ape da Silva Santos</i>	Cargo ou Função: <i>Agente Comunitário de Saúde</i>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Nota de Empenho N°:
Unidade Administrativa:	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>10/08/22</i>	<i>40,00</i>			
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 40,00

Nome: <i>Giustine Ape da Silva Santos</i>	Nome: <i>[Assinatura]</i>	Nome:
Assinatura do Funcionário <i>10/08/22</i>	Secretário	Assinatura do Tesoureiro

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>10/08/22</i>	<i>acompanhando gestantes no pré-natal em Santa Mariana</i>

Observações: