



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°
4189	25/08/2022	4198	3980/2022	2515/2022	

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. atual

Credor _____
Fornecedor _____ Matrícula _____ CPF/CNPJ _____

CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS

24864-9

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

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

R\$

Outras informações _____

Retenções _____

Total de re

R

Valo

R\$

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 _____

082501

Data _____

25/08/2022

R

Recibo _____

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 2515/2022.

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 **3980/2022** Emitido em **23/08/2022** Requisição Nº _____ Empenho Nº **2515/2022**

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 **43991675570** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **57790-1**

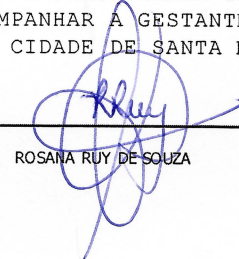
Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho
08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 40,00
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 40,00
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo 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 A GESTANTE PALOMA DA SILVA BATISTA, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 24/08/2022.


EDIVANIA MARTINS DE LIMA


ROSANA RUY DE SOUZA

17925-9



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 **2515/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **23/08/2022** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

Licitação _____ Tipo **Sem licitação** Número _____

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
 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\$ 38.390,00**
 Valor empenhado **R\$ 40,00**
 Saldo atual **R\$ 38.350,00**

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 A GESTANTE PALOMA DA SILVA BATISTA, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 24/08/2022.

EDIVANIA MARTINS DE LIMA

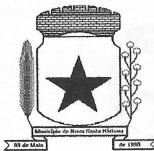
 ROSANA RUY DE SOUZA

 LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA

Banco Bradesco
 Agência: 0717
 Conta Corrente: 00057790-1

Rosana Ruy de Souza
 Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____ Nome _____ Assinatura _____ Data _____



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 269/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 23/08/22

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 a gestante **Paloma da Silva Batista** em consulta no Hospital Santa Alice na cidade de Santa Mariana no dia **24/08/2022** (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

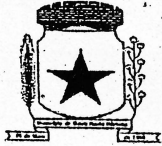
Recebido por: Edvane

Nome

[Assinatura]
Assinatura

23/08/22
Data

2710
248619
1573



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Cristiane Apa da Silva Santos</i>	Cargo ou Função: <i>agente Comunitário de Saúde</i>
Órgão: 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>24/08/22</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ <i>40,00</i>

Nome: <i>Cristiane Apa da Silva Santos</i> Assinatura do Funcionário _____/_____/_____	Nome: <i>[Signature]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>24/08/22</i>	<i>acompanhando gestante no Pré-natal em Janta Mariana</i>

Observações:



CNPJ 14.736.446/0001-93.

Centro

Integrado em Saúde Ltda.

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: 24/08/2022

João Koslov Neto
Ginecologista/Obstetra
CRM/PR - 32476

Dr. João Koslov Neto

CRM-PR 32476



Emissão de comprovantes

NOTA DE PAGAMENTO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/08/2022 - AUTOATENDIMENTO - 10.39.43
2573902573 SEGUNDA VIA 0002

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 40,00
VALOR: R\$
DEBITO EM: 25/08/2022

DOCUMENTO: 082501
AUTENTICACAO SISBB: 1.3F5.0B8.672.FA1.C69

Classificação de Imposto	Valor
2102 - 05 - Secretarias Municipais de Saúde	
05 001 Fundo Municipal de Saúde	
10 301 0330 2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 180,00
3 2 90 35 99 01 OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO	

Outras informações	Valor
Retenções	R\$ 0,00
Retenções	R\$ 180,00

Serviços que autorizam o pagamento	Documento	Valor
24730 - FORMA RUI DE SAUDE		
0024 - Transferência de Caixa Proterea	Cartão de Débito 1437 - Inc Assis Farnaci 1437	R\$ 180,00

Recibo
Recebi do Município de Nova Santa Barbara, o agente de Caixa do Banco do Brasil, referente ao pagamento do empreito número 17162022

Assinatura:
Nova Santa Barbara, _____

