



Município de Nova Santa Bárbara - PR

CNPJ: 95951060000160 IE: _____
 Endereço: Rua Walfredo Billecourt de Moraes, 222 - Centro CEP: 86250000 Cidade: Nova Santa Bárbara
 Fone: (43) 3266-8100 Fax: Mesmo

NOTA DE PAGAMENTO

Empenho	Data	Previsão Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
3327	07/12/2022	6341	5972/2022	3647/2022	

Empenho _____ **Número** _____

Identificação

Contrato/Ativo _____
Ativo _____ **Aditivo** _____ **Início da vigência** _____ **Fim da vigência** _____ **Fim da vig. atualizada** _____ **Início da execução** _____ **Fim de execução** _____ **Fim da exec. atualizada** _____

Beneficiário _____ **Matrícula** _____ **CPF/CNPJ** _____
 CRISTIANE A PA RECIDA DA SILVA SANTOS 24864-9 041.207.669-18

Residência _____ **Bairro** _____
 RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA ALTO DA BOA VISTA

Cidade/UF _____ **CEP** _____ **Fone** _____ **Tipo de conta bancária** _____ **Banco** _____ **Agência** _____ **Conta** _____
 Nova Santa Bárbara/PR 86250-000 4399167570 Conta Corrente 748 717-0 57790-1

Classificação da despesa _____

Item _____ **08** Secretaria Municipal de Saúde
08.001 Fundo Municipal de Saúde
08.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor
3.3.90.14.14.01 SERVIÇOS EFETIVOS R\$ 40,00

Outras informações _____

Resumo _____ Total de referências
R\$ 0,00
Valor líquido
R\$ 40,00

Assessor que autorizou o pagamento _____

Assessor _____ **Documento** _____ **Data** _____ **Valor** _____
 ROSANA RUY DE SOUZA 120703 07/12/2022 R\$ 40,00

Recebido _____
 Recebido Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho nº 3647/2022.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

EDIVANIA MARTINS DE LIMA
 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 **5972/2022** Emitido em **28/11/2022** Requisição N° _____ Empenho N° **3647/2022**

Licitação _____ Número _____
Tipo _____

Forma de licitação _____

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

Destino _____

Remanejo **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 CAMILA APARECIDA SIQUEIRA ARAUJO E DANIELA SILVEIRA MARQUES, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE NA CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 30/11/2022.



Eduardo do Socorro Araújo
Emissor



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 EMPENHO

Número: **3647/2022** Tipo: **Ordinário** Emitido em: **28/11/2022** Requisição Nº: _____ Req. Compra Nº: _____

Localização: _____ Número: _____

Identificação

Contrato/Aditivo

Símbolo 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\$ 19.750,00

Valor empenhado
R\$ 40,00

Saldo atual
R\$ 19.710,00

Outras informações

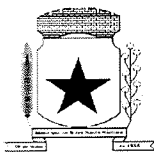
Histórico

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 CAMILA APARECIDA SIQUEIRA ARAUJO E DANIELA SILVEIRA MARQUES, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE NA CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 30/11/2022.


Eduardo do Socorro Araújo
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 397/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 28/11/22

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 **Camila Aparecida Siqueira Araujo e Daniela Silveira Marques** em consulta no Hospital Santa Alice na cidade de Santa Mariana no dia **30/11/2022** (quarta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi
Agência: 0717
Conta Corrente: 00057790-1

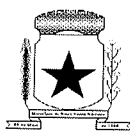

Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome

Assinatura

Data



**PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA**
ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Christiane Apa da Silva Santos</i>	Cargo ou Função: <i>Agente Administrativo 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>30/11/22</i>	<i>40,00</i>			
TOTAL				<i>40,00</i>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				

RESUMO DAS DESPESAS

Nome: <i>Christiane Apa da Silva Santos</i> Assinatura do Funcionário <i>30/11/22</i>	Nome: Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro
--	-------------------------	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>30/11/22</i>	<i>Acompanhando gestante no pré-natal em porta Mariana</i>



CNPJ 14.736.446/0001-93.

Integrado em Saúde Ltda.

Centro

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: 30/11/2022

JOÃO KOSLOV NETO
Ginecologista/Obsstetra
CRM/PR - 32476

Dr. João Koslov Neto

CRM-PR 32476

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
07/12/2022 - AUTOATENDIMENTO - 13.38.28
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: 07/12/2022

=====

DOCUMENTO: 120703

AUTENTICACAO SISBB: 8.CE4.906.AAF.27C.C22