



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 PAGAMENTO

Número	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
602	16/02/2022	602	585/2022	399/2022	

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	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 _____
2710 08 Secretaria Municipal de Saúde
08.001 Fundo Municipal de Saúde
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Valor R\$ 40,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

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	Documento	Data	Valor
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303	021602	16/02/2022	R\$ 40,00


Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 399/2022.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____



KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tesoréira



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 **585/2022** Emitido em **15/02/2022** Requisição Nº _____ Empenho Nº **399/2022**

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 **4332661253** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **57790-1**

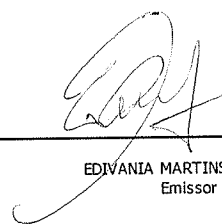
Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo do empenho R\$ 40,00**
08.001 Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado R\$ 40,00**
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **Saldo a liquidar R\$ 0,00**
2710 00303 Saúde - Receitas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

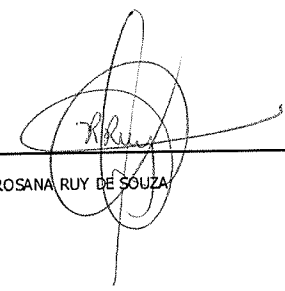
Outras informações _____

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 KAROLYNE GARCIA DA SILVA E ANA PAULA DA SILVA NUNES, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 16/02/2022.


EDIVANIA MARTINS DE LIMA
Emissor


ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9



Município de Nova Santa Bárbara - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número: **399/2022** Tipo: **Ordinário** Emitido em: **15/02/2022** Requisição Nº: _____ Req. Compra Nº: _____

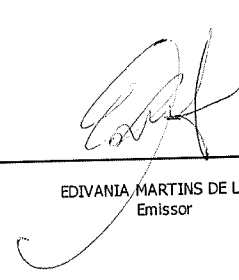
Licitação: _____ Número: _____
 Tipo: _____
 Sem licitação: _____
 Contrato/Aditivo: _____
 Sequência: _____ Contrato: _____ Aditivo: _____ Início da vigência: _____ Fim da vigência: _____ Fim da vig. atualizada: _____ Início da execução: _____ Fim da execução: _____ Fim da exe. atualizada: _____

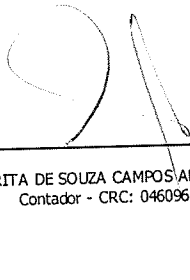
Credor: _____
 Fornecedor: **CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS** Matrícula: **24864-9** CPF/CNPJ: **041.207.669-18**
 Endereço: _____ Bairro: **ALTO DA BOA VISTA**
RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA
 Cidade/UF: _____ CEP: **86250-000** Fone: **4332661253** Tipo de conta bancária: **Conta Corrente** Banco: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

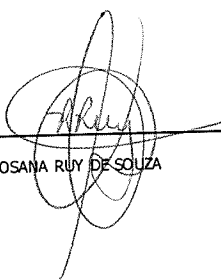
Classificação da despesa		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 92.240,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	
10.301.0330.2024	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 40,00
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS	
2710	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Do Exercício	R\$ 92.200,00

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 KAROLYNE GARCIA DA SILVA E ANA PAULA DA SILVA NUNES, EM CONSULTA MÉDICA NO HOSPITAL SANTA ALICE, EM VIAGEM A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 16/02/2022.


 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 056/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 15/02/22

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 **Karolyne Garcia da Silva e Ana Paula da Silva Nunes**, em consulta no Hospital Santa Alice na Cidade de Santa Mariana no dia **16/02/2022** (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

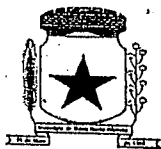
Recebido por: Edwaine

Nome

Edwaine
Assinatura

15/02/22
Data

2710
248649
359
1226



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 399/20
Pg. 16/02
nº 602

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Christiane Aparecida da Silva Santos</u>		Cargo ou Função: <u>Gestora Comunitária de Saúde</u>	
Orgão: <u>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</u>		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
16/02/22	40,00			40,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				RS

Nome: <u>Christiane Aparecida da Silva Santos</u> Assinatura do Funcionário <u>16/02/22</u>	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
16/02/22	acompanhando gestante em parto normal no pré-natal

Observações:



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

Hospital **Stª Alice**

Dalmeida

Do Sr. Sr. Manoel da Silva
Grua (amarelo) Grupos em Pr. Verde
No número 1124

16/12/12

João Koslov Neto
Ginecolog/Obstetra
CRM/PR - 32476

"Saúde vale mais que riqueza."



Emissão de comprovantes

G3351615071306881
16/02/2022 15:10:51

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
16/02/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.51
2573902573 SEGUNDA VIA 0001

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: 16/02/2022

=====

DOCUMENTO: 021602
AUTENTICACAO SISBB: 7.4BC.CB6.E0F.6FA.EA4