



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°
1113	06/04/2021	1113	1064/2021	668/2021	

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 _____

2700 08 Secretaria Municipal de Saúde
 08.001 Fundo Municipal de Saúde
 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 40,00**

Outras informações _____

Retenções _____

Total de retenções
 R\$ 0,00

Valor líquido
R\$ 40,00


Recursos	Documento	Data	Valor
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303	040601	06/04/2021	R\$ 40,00

Recibo _____

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 668/2021.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____ / ____ / ____



 KATIA GARDÊNIA 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 **1064/2021** Emitido em **05/04/2021** Requisição Nº _____ Empenho Nº **668/2021**

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 **4332661253** Tipo de conta bancária **Banco** Agência **Conta**

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**

10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Saldo à liquidar **R\$ 0,00**

3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Outras informações _____

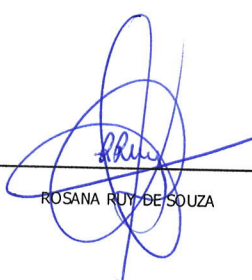
Retenções _____ Total de retenções **R\$ 0,00**

Servidor que autorizou a liquidação _____ Valor liquidado **R\$ 40,00**

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 06 DE ABRIL DE 2021.


 EDIVANIA MARTINS DE LIMA
 Emissor


 ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9

Sudr
 990717
 1064/2021



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 EMPENHO

Número: **658/2021** Tipo: **Ordinário** Emitido em: **05/04/2021** Requisição Nº: _____ Req. Compra Nº: _____

Localização: _____ Número: _____
Tipo: _____
Sem licitação

Contrato/Aditivo: _____
Situação: **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: _____ Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

Classificação da despesa: _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior
08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 87.310,00
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\$ 87.270,00

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 06 DE ABRIL DE 2021.


EDIVANIRA 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 109/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 05/04/21

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 Comunitario de Saúde **Cristiane Aparecida da Silva Santos** a qual irá acompanhar as gestantes **Micheli Perreira e Jamily Rodrigues dos Santos** em consulta no Hospital Santa Alice Na Cidade de Santa Mariana no dia **06/04/2021** (terça-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:

Colivane

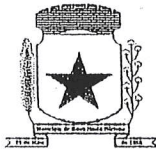
Nome

Colivane

Assinatura

05 / 04 / 21

Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Cristiane Aparecida S. Santos</u>	Cargo ou Função: <u>Agente C. de Saúde</u>
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
06/04/21	40,00	Spín Prata		40,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

Nome: <u>Cristiane Aparecida S. Santos</u> Assinatura do Funcionário <u>06/04/21</u>	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
06-04-21	acompanhar gestantes p/ pré-natal em Janta Maricón

Observações:



Hospital Stª Alice

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

Doutora Cristiane Aparecida do
Silva esteve acompanhada pela
Drª Novo Santa Bárbara em
consulta médica a pre-natal
no 2º ao 3º trimestre

Arbuzov

João Koslov Neto
Ginecologista/Obstetra
CRM/PR 32476

"Saúde vale mais que riqueza."



Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
06/04/2021 - AUTOATENDIMENTO - 13.42.36
2573902573 SEGUNDA VIA 0001

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 - BANCO 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: 06/04/2021

=====

DOCUMENTO: 040601
AUTENTICACAO SISBB: 4.CC8.91E.2E4.94D.D16

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.