



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°
1292	22/03/2023	1292	1153/2023	759/2023	

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 _____ Matrícula _____ CPF/CNPJ _____

Endereço _____
 AV WALTER GUIMARAES DA COSTA, 665 - CASA _____ Bairro _____
 CENTRO

Cidade/UF _____ CEP _____ Fone _____ Tipo de conta bancária _____ Banco Agência Conta _____
 Nova Santa Bárbara/PR 86250-000 43991345558 Conta Corrente 104 910-5 100005807-1

Classificação da despesa _____
 2840 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	Documento	Data	Valor
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303	032201	22/03/2023	R\$ 40,00


Recibo _____
 Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 759/2023.

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 **1153/2023** Emitido em **20/03/2023** Requisição N° _____ Empenho N° **759/2023**

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 **EDUARDO DO SOCORRO ARAUJO** Matrícula **1997-6** CPF/CNPJ **005.052.219-18**
Endereço **AV WALTER GUIMARAES DA COSTA, 665 - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **43991345558** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **104** Agência **910-5** Conta **100005807-1**


Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho **R\$ 40,00**
08.001 Fundo Municipal de Saúde
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado **R\$ 40,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Saldo à Liquidar **R\$ 0,00**
2840 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

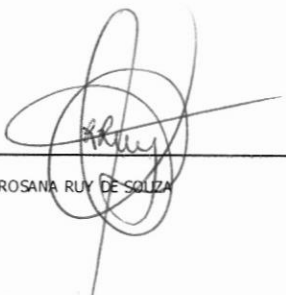
Outras informações _____

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 À SOLICITAÇÃO DE 01 (UMA) DIÁRIA AO SERVIDOR EDUARDO DO SOCORRO ARAÚJO, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, EM VIAGEM A CIDADE DE LONDRINA-PR, PARA LEVAR DE URGENCIA O PACIENTE JOÃO FRANCO, AO HOSPITAL DE OLHOS, NO DIA 20 DE MARÇO DE 2023.


EDIVANIA MARTINS DE LIMA
Emissor


ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9



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	Tipo	Emtido em	Requisição N°	Req. Compra N°
	Ordinário	20/03/2023		

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: **EDUARDO DO SOCORRO ARAUJO** Matrícula: 1997-6 CPF/CNPJ: 005.052.219-18

Endereço: AV WALTER GUIMARAES DA COSTA, 665 - CASA Barro: CENTRO

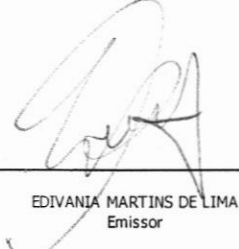
Cidade/UF: Nova Santa Bárbara/PR CEP: 86250-000 Fone: 43991345558 Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 104 Agência: 910-5 Conta: 100005807-1

Classificação da despesa

08 Secretaria Municipal de Saúde	Saldo anterior	R\$ 98.840,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado	R\$ 40,00
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Saldo atual	R\$ 98.800,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		
2840 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		
Do Exercício		

Outras informações

Histórico
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE À SOLICITAÇÃO DE 01 (UMA) DIÁRIA AO SERVIDOR EDUARDO DO SOCORRO ARAÚJO, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, EM VIAGEM A CIDADE DE LONDRINA-PR, PARA LEVAR DE URGENCIA O PACIENTE JOÃO FRANCO, AO HOSPITAL DE OLHOS, NO DIA 20 DE MARÇO DE 2023.


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 082/2023

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 20/03/23

ASSUNTO: Solicitação de Diária

Mediante autorização desta Secretaria Municipal de Saúde, solicito empenho e pagamento de diária no valor de **R\$ 40,00 (quarenta reais)**, para as despesas com alimentação do funcionário **Eduardo do Socorro Araujo**, o qual irá levar de urgência o paciente **João Franco** para o Hospital de Olhos na cidade de Londrina hoje, dia **20/03/2023** (segunda-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:
Caixa Econômica Federal
Op.: 001
Agência: 0910
Conta Corrente: 05807-1


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Adriana

Nome

Assinatura

20, 03, 23

Data



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 455/2023

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
20-03-2023

SAÍDA:
09:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JOAO FRANCO DA SILVA	OFTALMO	PEGAR NA CASA	
2	ACOMP			
MOTORISTA		EDUARDO		
VEICULO		AMBULANCIA		



Emissão de comprovantes

G3362212318861101
22/03/2023 12:37:13

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
22/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 12.37.12
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: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0910-5 - ASSAI
CONTA: 100.005.807-1

FAVORECIDO: EDUARDO DO SOCORRO ARAUJO
CPF/CNPJ: 005.052.219-18
VALOR: R\$ 40,00
DEBITO EM: 22/03/2023

=====

DOCUMENTO: 032201
AUTENTICACAO SISBB: 5.16F.53D.BA9.758.CD0