



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°
114	27/01/2021	114	103/2021	101/2021	

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

Credor _____
Fornecedor **ELIANE APARECIDA NOCKO** Matrícula 20432-3 CPF/CNPJ 590.535.779-04
Endereço RUA JERONIMO CORREIA BITTENCOURT, 131 - CASA Bairro CENTRO
Cidade/UF Nova Santa Bárbara/PR CEP 86250-000 Fone 4332661253 Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 748 717-0 60343-0

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 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

Recursos _____ Documento _____ Data _____ Valor
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 012702 27/01/2021 R\$ 40,00

Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 101/2021.

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 **103/2021** Emitido em **20/01/2021** Requisição Nº _____ Empenho Nº **101/2021**

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 **ELIANE APARECIDA NOCKO** Matrícula **20432-3** CPF/CNPJ **590.535.779-04**
Endereço **RUA JERONIMO CORREIA BITTENCOURT, 131 - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661253** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **60343-0**


Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho
08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 40,00
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 40,00
2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo à Liquidar
R\$ 0,00

Outras informações _____

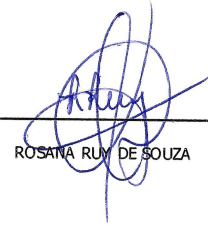
Retenções _____
Total de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 40,00**

Servidor que autorizou a liquidação _____
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Histórico _____
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DEPESA COM ALIMENTAÇÃO À FUNCIONÁRIA ELIANE APARECIDA NOCKO QUE IRÁ ACOMPANHAR GESTANTES EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 20 DE JANEIRO DE 2021.



Claudia Pereira da Silva
Emissor



ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9



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 **101/2021** Tipo **Ordinário** Emitido em **20/01/2021** Requisição N° _____ Req. Compra N° _____

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

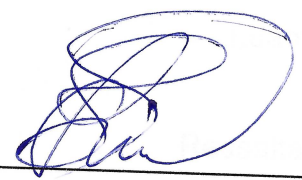
Credor _____
 Fornecedor **ELIANE APARECIDA NOCKO** Matrícula **20432-3** CPF/CNPJ **590.535.779-04**
 Endereço **RUA JERONIMO CORREIA BITTENCOURT, 131 - CASA** Bairro **CENTRO**
 Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661253** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **60343-0**

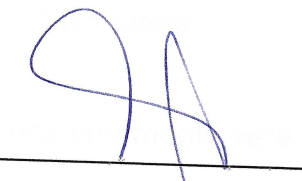
Classificação da despesa _____
 08 Secretaria Municipal de Saúde
 08.001 Fundo Municipal de Saúde
 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
 2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)
 Do Exercício

Saldo anterior
R\$ 103.900,00
 Valor empenhado
R\$ 40,00
 Saldo atual
R\$ 103.860,00

Outras informações _____

Histórico _____
 ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DEPESA COM ALIMENTAÇÃO À FUNCIONÁRIA ELIANE APARECIDA NOCKO QUE IRÁ ACOMPANHAR GESTANTES EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 20 DE JANEIRO DE 2021.


 Claudia Pereira da Silva
 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 021/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 20/01/21

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 enfermeira **Eliane Aparecida Nocko** a qual irá acompanhar as gestante do município em consulta no Hospital Santa Alice em Santa Mariana no dia **20/01/2021** (quarta-feira). Segue Relação das Gestantes:

- Adriana dos Santos;
- Luany Bittencourt Nogueira.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi

Agência: 017

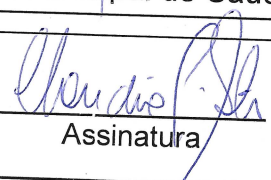
Conta Corrente: 00060343-0


Rosana Ruy de Souza

Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:


Nome


Assinatura

20 / 01 / 21
Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Elaine Aparecida Rocha</i>	Cargo ou Função: <i>Auxiliar de Enfermagem</i>
Orgão: 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>2010/12/21</i>	<i>40,00</i>	<i>Spem</i>		<i>40,00</i>
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ <i>40,00</i>

Nome: <i>Elaine Aparecida Rocha</i> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>2010/12/21</i>	<i>Realizar acompanhamento de pré-natal em Santa Mariana dos Pacientes Assuina dos Santos e Bruno Bittencourt</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 045/2021

DESTINO:
SANTA MARIANA

DATA:
20/01/2021

SAÍDA:
06:00

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LUANA BITTENCOURT	GINECOLOGISTA		
2	ACOMP			
3	ADRIANA	GINECOLOGISTA		
4	GAEL BENICIO	TESTE ORELHINHA		
5	ACOMP			
6	ELIANE APARECIDA NOCKO			

MOTORISTA	CICERO
VEICULO	SPIN

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/01/2021 - AUTOATENDIMENTO - 08.48.21
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: 60.343-0

FAVORECIDO: ELIANE APARECIDA NOCKO
CPF/CNPJ: 590.535.779-04
VALOR: R\$ 40,00
DEBITO EM: 27/01/2021

=====

DOCUMENTO: 012702
AUTENTICACAO SISBB: C.A35.00C.326.479.A77