



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 **3902** Data **30/09/2021** Previsão N° **3902** Liquidação N° **3648/2021** Empenho N° **2262/2021** Requisição N°

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 **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

Total de retenções
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 093002 30/09/2021 R\$ 40,00

Recibo _____

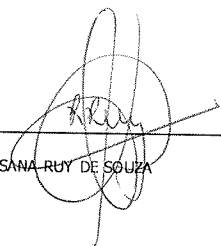
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 2262/2021.

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 **3648/2021** Emitido em **28/09/2021** Requisição N° _____ Empenho N° **2262/2021**

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 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

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 ENFERMEIRA ELIANE APARECIDA NOCKO, QUE IRÁ ACOMPANHAR AS GESTANTES DEBORA DE SOUZA RODRIGUES, JEOVANA BATISTA GOMES E MARCELA FERNANDES, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA NA DATA DE 29/09/2021.

Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor

ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9

Município de Nova Santa Bárbara - PR

CNPJ: 9556108000160 IE: CEP: 86250000 Cidade: Nova Santa Bárbara
 Endereço: Rua Walfredo Bittencourt de Moraes, 222 - Centro Fone: (43) 3266-8100 Fax: Mesmo

NOTA DE EMPENHO

2021
 Tipo: Ordinário Emitido em: 28/09/2021 Requisição Nº: Req. Compra Nº:

Aditivo
 Contrato: Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

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

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 46.330,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 40,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	Saldo atual
2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	R\$ 46.290,00
Do Exercício	

Outras informações:

Histórico: ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DEPESA COM ALIMENTAÇÃO À ENFERMEIRA ELIANE APARECIDA NOCKO, QUE IRÁ ACOMPANHAR AS GESTANTES DEBORA DE SOUZA RODRIGUES, JEOVANA BATISTA GOMES E MARCELA FERNANDES, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA NA DATA DE 29/09/2021.

Marcelo Antonio de Assis Nunes
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 293/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 28/09/21

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 a gestante **Débora de Souza Rodrigues, Jeovana Batista Gomes e Marcela Fernandes**, em consulta no Hospital Santa Alice em Santa Mariana no dia **29/09/2021** (quarta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi

Agência: 017

Conta Corrente: 00060343-0

C - 2700

L - 3648

E - 2262

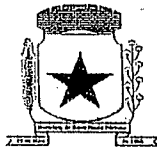

Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: Marcos

Nome

[Assinatura]
Assinatura

28/09/21
Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

e 2462/2
20/09
nº 3902

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Eliane Ap^{ta} Nogueira</u>	Cargo ou Função: <u>Téc. de Enfermagem</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\$ <u>40,00</u>	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<u>29/09/21</u>	<u>40,00</u>	<u>Saário Robert</u>		<u>40,00</u>
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 40,00

Nome: <u>Eliane Ap^{ta} Nogueira</u> Assinatura do Funcionário <u>29/09/21</u>	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<u>29/09/21</u>	<u>acompanhar dentantes para consulta médica odontológica no Município de Santa Mariana.</u>

Observações:



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

Hospital **Stª Alice**

Delimitação

Delimitação das Unidades Administrativas Nucleo
Cirurgia Obstétrica Gestante em Trabalho
parto no momento de parto

29/09/11

João Kozlov Neto
Cirurgião Obstetra
CRM/PR 32476

"Saúde vale mais que riqueza."

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
30/09/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.52.24
2573902573 SEGUNDA VIA 0003
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 - BCO 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: 30/09/2021

=====

DOCUMENTO: 093002
AUTENTICACAO SISBB: 8.DC5.028.CBE.C43.893

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.