

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

Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
04/02/2021	302	293/2021	230/2021	

Número

Aditivo	Início da vigência	Fim da vigência	Fim da vig. atualizada	Início da execução	Fim da execução	Fim da exe. atualizada
---------	--------------------	-----------------	------------------------	--------------------	-----------------	------------------------

Matrícula 20432-3 CPF/CNPJ 590.535.779-04

Bairro CENTRO

CEP 86250-000 Fone 4332661253 Tipo de conta bancária Conta Corrente Banco 748 Agência 717-0 Conta 60343-0

08 Secretaria Municipal de Saúde

08.001 Fundo Municipal de Saúde

0320 2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde

Valor R\$ 40,00

0330 14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

Total de retenções R\$ 0,00

Valor líquido R\$ 40,00

Documento 020404 Data 04/02/2021 Valor R\$ 40,00

Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303

do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 230/2021.

KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tessoureira

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

Emitted em
02/02/2021

Requisição N°

Empenho N°
230/2021

Número

Identificação

Aditivo

Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

ELIANE APARECIDA NOCKO

Matrícula
20432-3

CPF/CNPJ
590.535.779-04

LEONILDO CORREIA BITTENCOURT, 131 - CASA

Bairro
CENTRO

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

0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde

14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

Saldo à Liquidar
R\$ 0,00

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

Informações

Total de retenções
R\$ 0,00

Valor líquido
R\$ 40,00

Assessor que autorizou a liquidação

ROSANA RUY DE SOUZA

IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DESPESA COM
 ALIMENTAÇÃO À FUNCIONÁRIA ELIANE APARECIDA NOCKO QUE IRÁ ACOMPANHAR GESTANTES DO MUNICIPIO EM
 CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 03 DE FEVEREIRO DE 2021.

Claudia Pereira da Silva
Emissor

ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9

Sidi
08/07/17
01 60343-0

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

Tipo Emitido em Requisição N° Req. Compra N°
Ordinário 02/02/2021

Número

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

Matrícula CPF/CNPJ
20432-3 590.535.779-04

Bairro
CENTRO

CEP Fone Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
86250-000 4332661253 Conta Corrente 748 717-0 60343-0

08 Secretaria Municipal de Saúde

Saldo anterior

R\$ 99.860,00

08 001 Fundo Municipal de Saúde

Valor empenhado

R\$ 40,00

0220 2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde

14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

Saldo atual

R\$ 99.820,00

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

Do Exercício

Informações

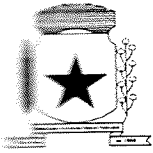
IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DEPESA COM ALIMENTAÇÃO À FUNCIONÁRIA CLAUDIA PEREIRA NOCKO QUE IRÁ ACOMPANHAR GESTANTES DO MUNICIPIO EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA ANA DO PARANÁ, DIA 03 DE FEVEREIRO DE 2021.

Claudia Pereira da Silva
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
Contador - CRC: 046096

ROSANA RUY DE SOUZA

230



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 037/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 02/02/21

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 **03/02/2021** (quarta-feira). Segue Relação das Gestantes:

- Adriana dos Santos;
- Luany Bittencourt Nogueira;
- Luciana Ribeiro dos Santos.

785

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi
Agência: 017
Conta Corrente: 00060343-0

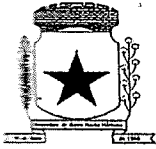

Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:

Nome

Assinatura

Data



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

E 230/21

Pg 04/02

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Eliane Aparecida Nozka</i>	Cargo ou Função: <i>Duplex 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\$ _____	

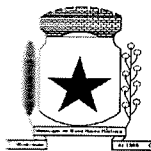
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>03/03/12</i>	<i>40,00</i>	<i>Storno - Prebuiat</i>		<i>40,00</i>
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 40,00

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>03/03/12</i>	<i>Realizar acompanhamentos de pré-natal em Santa Mariana dos pacientes Juliana dos Santos e Luana Bittencourt e Juliana Ribeiro</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 112/2021

DESTINO:
SANTA MARIANA

DATA:
03/02/2021

SAÍDA:
07:30

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LUANA BITTENCOURT	GINECOLOGISTA		
2	ADRIANA SANTOS	GINECOLOGISTA		
3	LUCIANA RIBEIRO			
4	ELIANE APARECIDA NOCKO			
MOTORISTA		CICERO		
VEICULO		STRADA ROBUST		

SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
AUTOATENDIMENTO - 11.19.44
SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
DOC ELETRONICO
CONTA: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
CONTA: 2573-9 CONTA: 17.915-9
=====

OPERACAO: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE
CONTA: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
BANCO: 742 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
CONTA: 0717-X - SICREDI CAMBARA
CONTA: 60.343-0

RECEBIDO: ELIANE APARECIDA NOCKO
CONTA: 590.535.779-04 40,00
VALOR: R\$
DATA: 04/02/2021
=====

DOCUMENTO: 020404
AUTENTICACAO SISBB: 8.A73.107.CB8.2C6.292