



Município de Nova Santa Bárbara - PR

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

NOTA DE PAGAMENTO

Número **3080** Data **24/06/2022** Previsão N° **3085** Liquidação N° **2904/2022** Empenho N° **1755/2022** Requisição N°

Licitação _____ Tipo _____ Número _____

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 _____

LENILDO VICENTE DA COSTA Matrícula **1695-1** CPF/CNPJ **769.280.049-91**

Endereço **RUA ANTONIO JOAQUIM RODRIGUES, 304 - CASA** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661221** Tipo de conta bancária **Conta Poupança** Banco **748** Agência **717-0** Conta **3235-0**

Classificação da despesa **2710 08 Secretaria Municipal de Saúde**
08.001 Fundo Municipal de Saúde

10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde

3.3.90.14.14.02 SERVIDORES COMISSIONADOS Valor **R\$ 800,00**

Outras informações _____

Retenções _____

Total de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 800,00**

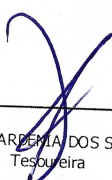
Servidor que autorizou o pagamento _____
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Recursos _____ Documento _____ Data _____ Valor _____
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 062402 24/06/2022 R\$ 800,00

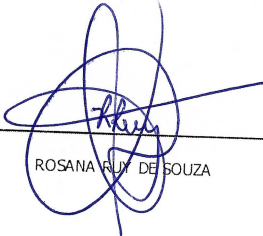
Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 1755/2022.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____



KATIA GARMENIA DOS SANTOS
Tessoureira



ROSANA RUY DE SOUZA



Município de Nova Santa Bárbara - PR

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

NOTA DE PAGAMENTO

Número **3080** Data **24/06/2022** Previsão N° **3085** Liquidação N° **2904/2022** Empenho N° **1755/2022** Requisição N°

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

Credor _____
Fornecedor **LENILDO VICENTE DA COSTA** Matrícula **1695-1** CPF/CNPJ **769.280.049-91**
Endereço **RUA ANTONIO JOAQUIM RODRIGUES, 304 - CASA** Bairro **CENTRO**
Nova Santa Bárbara/PR CEP **86250-000** Fone **4332661221** Tipo de conta bancária **Conta Poupança** Banco **748** Agência **717-0** Conta **3235-0**

Classificação da despesa _____ Valor **R\$ 800,00**
2710 08 Secretaria Municipal de Saúde
08.001 Fundo Municipal de Saúde
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde
3.3.90.14.14.02 SERVIDORES COMISSIONADOS

Outras informações _____
Retenções _____
Total de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 800,00**

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** **062402** **24/06/2022** **R\$ 800,00**

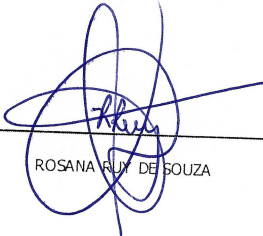
Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 1755/2022.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____



KATIA GABRIELA 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

Emitido em
21/06/2022

Requisição N°

Empenho N°
1755/2022

Número

Aditivo
Contrato

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

LENILDO VICENTE DA COSTA

Matricula
1695-1

CPF/CNPJ
769.280.049-91

ANTONIO JOAQUIM RODRIGUES, 304 - CASA

Bairro
CENTRO

Nova Santa Bárbara/PR

CEP
86250-000

Fone
4332661221

Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Poupança 748 717-0 3235-0

Classificação da despesa

08 Secretaria Municipal de Saúde

08.001 Fundo Municipal de Saúde

10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde

11.90.14.14.02 SERVIDORES COMISSIONADOS

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

Saldo do empenho
R\$ 800,00

Valor liquidado
R\$ 800,00

Saldo à liquidar
R\$ 0,00

Outras informações

Observações

Total de retenções
R\$ 0,00

Valor líquido
R\$ 800,00

Remissor que autorizou a liquidação

024730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Histórico

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO CHEFE DA DIVISÃO DE TRANSPORTES DA SAÚDE LENILDO VICENTE DA COSTA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, PARA SUPRIR A AUSÊNCIA DE MOTORISTAS NAS VIAGENS EMERGENCIAIS E EVENTUAIS FORA DO MUNICÍPIO, A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.

Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor

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 EMPENHO

Tipo Emitido em Requisição Nº Req. Compra Nº
Ordinário 21/06/2022

Número

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

EMPENHANTE DA COSTA

Matrícula CPF/CNPJ
1695-1 769.280.049-91

ENDEREÇO: JOAQUIM RODRIGUES, 304 - CASA

Bairro
CENTRO

Cidade: Nova Santa Bárbara/PR

CEP Fone Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
86250-000 4332661221 Conta Poupança 748 717-0 3235-0

Objeto da despesa

08 Secretaria Municipal de Saúde

Saldo anterior
R\$ 58.380,00

08.001 Fundo Municipal de Saúde

Valor empenhado
R\$ 800,00

08.001.0000.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde

08.001.0000.14.02 SERVIDORES COMISSIONADOS

Saldo atual
R\$ 57.580,00

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

Do Exercício

Observações

IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO CHEFE DA DIVISÃO DE TRANSPORTES DA SAÚDE LENILDO COSTA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, PARA SUPRIR A AUSENCIA DE MOTORISTAS NAS VIAGENS OFICIAIS E EVENTUAIS FORA DO MUNICÍPIO, A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.

Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
Contador - CRC: 046096

ROSANA RUY DE SOUZA

Assinado por

Nome

Assinatura

Data



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 203/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 21/06/22

ASSUNTO: Solicitação de Diária Motorista

Mediante autorização desta Secretaria Municipal de Saúde, solicito empenho e pagamento de diária no valor de **R\$ 800,00 (oitocentos reais)**, para as despesas com alimentação do Chefe da Divisão de Transportes da Saúde, **Lenildo Vicente da Costa**, para suprir a ausência de motoristas nas viagens emergenciais e eventuais realizadas fora do Município.

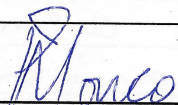
Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

C - 2710
F - 16959

E - 1755
L - 2004

Recebido por:


Nome


Assinatura

21/06/22
Data