



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 **2407/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **12/08/2022** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

Licitação _____
Tipo _____ Número _____
Sem licitação _____

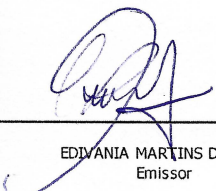
Contrato/Aditivo _____
Sequência _____ Contrato _____ Aditivo _____ Início da vigência _____ Fim da vigência _____ Fim da vig. atualizada _____ Início da execução _____ Fim da execução _____ Fim da exe. atualizada _____

Credor _____
Fornecedor **LUIZ ALEXANDRE MACHADO DOS SANTOS** Matrícula **37778-3** CPF/CNPJ **056.720.739-05**
Endereço **Rua Maria da Gloria Mendes Araújo, 876 - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **43991137797** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **63967-2**

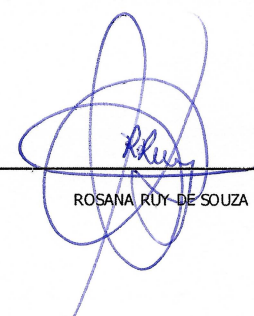
Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior _____
08.001 Fundo Municipal de Saúde **R\$ 40.790,00**
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado _____
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 800,00**
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo atual _____
Do Exercício **R\$ 39.990,00**

Outras informações _____

Histórico _____
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA LUIZ ALEXANDRE MACHADO DOS SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.


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 263/2022

PARA: Secretaria de Administração


DATA: 12/08/2022

ASSUNTO: Solicitação de Diária Motorista

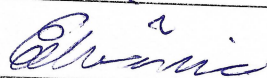
Mediante autorização desta Secretaria Municipal de Saúde, solicito empenho e pagamento de diária no valor de **R\$ 800,00 (oitocentos reais)**, para as despesas com alimentação do Motorista **Luiz Alexandre Machado dos Santos** haja vista que as viagens são realizadas fora do Município.

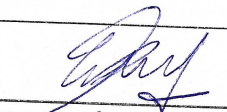
Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

2710
37738-3
2407
1536


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:


Nome


Assinatura

12/08/22
Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

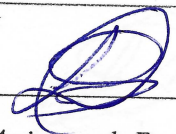
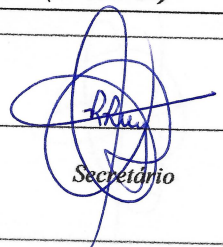
E 2407/22
PS 15/06
no 417.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: LUIZ ALEXANDRE MACHADO DOS SANTOS		Cargo ou Função: MOTORISTA
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		Nota de Empenho N°:
Unidade Administrativa:		Solicitação N°
Dotação Orçamentária:		
Especificação: _____		
TOTAL DO RESSARCIMENTO: _____		

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
14/08/2022	40,00			40,00
15/08/2022	40,00			40,00
16/08/2022	40,00			40,00
18/08/2022	40,00			40,00
19/08/2022	40,00			40,00
21/08/2022	40,00			40,00
23/08/2022	40,00			40,00
25/08/2022	40,00			40,00
TOTAL				40,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				320,00

Nome:  Assinatura do Funcionário / /	Nome:  Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
14/08/2022	Caderno
15/08/2022	Santa Mariana- Controle 1152/2022
16/08/2022	Londrina- Controle 1159/2022
18/08/2022	Londrina- Controle 1175/2022
19/08/2022	Cornélio Procópio- Controle 1183/2022
21/08/2022	Cornélio Procópio- Controle 1195/2022
23/08/2022	Londrina- Controle 1203/2022
25/08/2022	Londrina- Controle 1243/2022

- 821.10