



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

Empenho	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
3321	01/07/2022	3321	3116/2022	1918/2022	

Classificação: _____
Tipo: _____ Número: _____

Sem licitação

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

Credor: _____

Nome: **TEREZA DA SILVA GONCALVES** Matrícula: 24830-4 CPF/CNPJ: 750.458.189-53

Endereço: RUA SEBASTIAO PRUDENCIO PINHEIRO, 90 - CASA Bairro: RECANTO SABIA

Cidade: Nova Santa Bárbara/PR CEP: 86250-000 Fone: _____ Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 748 Agência: 717-0 Conta: 34199-1

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
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Valor: 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 070101	01/07/2022	R\$ 40,00


Recibo: _____

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 1918/2022.

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

Data: 29/06/2022 **Emitido em:** 29/06/2022 **Requisição Nº:** _____ **Empenho Nº:** 1918/2022

Destinação: _____ **Número:** _____
Item: _____
Descrição: _____
Contrato/Aditivo: _____
Assinatura: Contrato **Aditivo** **Início da vigência** **Fim da vigência** **Fim da vig. atualizada** **Início da execução** **Fim da execução** **Fim da exe. atualizada**

Credor: _____
Prestador: TEREZA DA SILVA GONCALVES **Matricula:** 24830-4 **CPF/CNPJ:** 750.458.189-53
Endereço: RUA SEBASTIAO PRUDENCIO PINHEIRO, 90 - CASA **Bairro:** RECANTO SABIA
Cidade/UF: Nova Santa Bárbara/PR **CEP:** 86250-000 **Fone:** _____ **Tipo de conta bancária:** Conta Corrente **Banco:** 748 **Agência:** 717-0 **Conta:** 34199-1

Classificação da despesa	Saldo do empenho
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 40,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde	
08.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor liquidado R\$ 40,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo a liquidar R\$ 0,00

Outras informações: _____

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

Servidor que autorizou a liquidação: 224730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Histórico: ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A FUNCIONÁRIA TEREZA DA SILVA GONCALVES, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, A QUAL IRA ACOMPANHAR A EQUIPE DO CRAS EM ATENDIMENTO AO PACIENTE TIAGO DOS SANTOS SILVA QUE SERA INTERNADO NO CENTRO DE APOIO PSICOCOCIAL - CRAS - CORNELIO PROCOPIO NO DIA 30/06/2022.

Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor

ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9



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 *Ordinário* Emitido em *29/06/2022* Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

1513/2022

Justificativa _____ Número _____

Caracterização _____

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

Nome *TEREZA DA SILVA GONCALVES* Matrícula *24830-4* CPF/CNPJ *750.458.189-53*
Endereço *RUA SEBASTIAO PRUDENCIO PINHEIRO, 90 - CASA* Bairro *RECANTO SABIA*
Cidade *Nova Santa Bárbara/PR* CEP *86250-000* Fone _____ Tipo de conta bancária *Conta Corrente* Banco *748* Agência *717-0* Conta *34199-1*

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 52.740,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde	
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	R\$ 40,00
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	
Do Exercício	R\$ 52.700,00

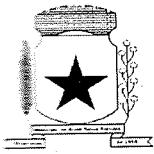
Outras informações _____

Histórico
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A FUNCIONÁRIA TEREZA DA SILVA GONÇALVES, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, A QUAL IRA A COMPANHAR A EQUIPE DO CRAS EM A TENDIMENTO AO PACIENTE TIAGO DOS SANTOS SILVA QUE SERA INTERNADO NO CENTRO DE APOIO PSICOCOCIAL - CAPS - CORNELIO PROCOPIO NO DIA 30/06/2022.

Marco 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 213/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 29/06/22

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 Agente Comunitário de Saúde **Tereza da Silva Gonçalves** a qual irá acompanhar a equipe do CRAS em atendimento a paciente Tiago dos Santos Silva que será internado no Centro de Apoio Psicossocial - CAPS Cornélio Procópio na data de 30/06/2022 (quinta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi

Agência: 0717

Conta Corrente: 34.199-1

C - 2710
F - 248650

Rosana Ruy de Souza

Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:

Marco
Nome

[Assinatura]
Assinatura

29 / 06 / 22
Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Theresa Gonçalves Silva</u>		Cargo ou Função: <u>AC'S</u>
Orgão: <u>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</u> 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
30/06/22	40,00			40,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 40,00

Nome: <u>Theresa da Silva Gonçalves</u> Assinatura do Funcionário _____/_____/_____	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
30/06/22	Acompanhar nit. Tiago dos Silva p/ avaliação liquidação no município de Cornelio Procopio

Observações:

DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE

Declaro a pedido de Tereza Gonçalves
da Silva que o mesmo esteve em
nosso serviço na presente data, acompanhando o
usuário Tiago dos Santos Silva.

Cornélio Procópio, 30 de junho de 2022

Vivianne Farias da Silva
Assistente Social
CRESS- 12.492/PR

AV XV de Novembro, 128.
Cornélio Procópio - PR
Telefone (43) 3523-1822



Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/07/2022 - AUTOATENDIMENTO - 11.32.05
2573902573 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 17.915-9

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : FMS NOVA ST BARBARA - FUS
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0717-X - SICREDI CAMBARA
CONTA: 34.199-1

FAVORECIDO: TEREZA DA SILVA GONCALVES
CPF/CNPJ: 750.458.189-53
VALOR: R\$ 40,00
DEBITO EM: 01/07/2022

DOCUMENTO: 070101
AUTENTICACAO SISBB: 8.018.A56.0ED.66E.CE8