



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 PAGAMENTO

Número	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
1115	15/03/2023	1116	953/2023	643/2023	

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 **WALTER COSTA** Matrícula 1990-9 CPF/CNPJ 331.417.629-53
Endereço RUA MARIA APARECIDA VAZ DA SILVA, 76 - CASA Bairro CONJUNTO ALVORADA
Cidade/UF Nova Santa Bárbara/PR CEP 86250-000 Fone 4332661345 Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 748 717-0 60325-2

Classificação da despesa _____
2840 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 031504 15/03/2023 R\$ 40,00

Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 643/2023.

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	Entido em	Requisição N°	Empenho N°
953/2023	07/03/2023		643/2023

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

Credor								
Fornecedor		Matricula		CPF/CNPJ				
WALTER COSTA		1990-9		331.417.629-53				
Endereço				Bairro				
RUA MARIA APARECIDA VAZ DA SILVA, 76 - CASA				CONJUNTO ALVORADA				
Cidade/UF	CEP	Fone	Tipo de conta bancária	Banco	Agência	Conta		
Nova Santa Bárbara/PR	86250-000	4332661345	Conta Corrente	748	717-0	60325-2		

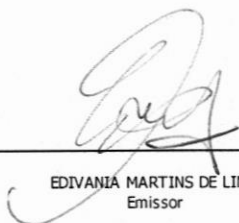
Classificação da despesa		Saldo do empenho
08 Secretaria Municipal de Saúde		R\$ 40,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde		
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde		Valor liquidado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		R\$ 40,00
2840 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		Saldo à Liquidar
		R\$ 0,00


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 AO SERVIDOR WALTER COSTA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, POIS IRÁ BUSCAR E REALIZAR CHECKOUT NO VEÍCULO ONIBUS, PLACA BDH 1G47, NA EMPRESA TREVISA, NA CIDADE DE CAMBÉ-PR, NO DIA 08 DE MARÇO DE 2023.


EDIVANIA MARTINS DE LIMA
Emissor


ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9



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

Número **643/2023** Tipo **Ordinário** Emitido em **07/03/2023** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

Licitação _____
Tipo _____ Número _____
Sem licitação

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

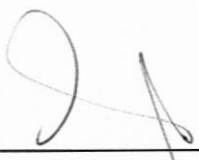
Credor _____
Fornecedor **WALTER COSTA** Matrícula **1990-9** CPF/CNPJ **331.417.629-53**
Endereço **RUA MARIA APARECIDA VAZ DA SILVA, 76 - CASA** Bairro **CONJUNTO ALVORADA**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661345** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **60325-2**

Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo anterior**
08.001 Fundo Municipal de Saúde **R\$ 100.720,00**
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Valor empenhado**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 40,00**
2840 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) **Saldo atual**
Do Exercício **R\$ 100.680,00**

Outras informações _____

Histórico _____
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO SERVIDOR WALTER COSTA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, POIS IRÁ BUSCAR E REALIZAR CHECKOUT NO VEÍCULO ONIBUS, PLACA BDH 1G47, NA EMPRESA TREVISA, NA CIDADE DE CAMBÉ-PR, NO DIA 08 DE MARÇO DE 2023.


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 068/2023

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 07/03/23

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 o funcionário **Walter Costa** o qual irá buscar e realizar checkout no veículo ônibus, Placa BDH 1G47, na empresa Trevisa em Cambé no dia **08/03/2023** (quarta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi

Agência: **0717**

Conta Corrente: **60325-2**


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome

Assinatura

Data



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

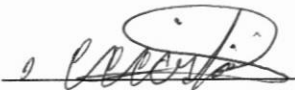
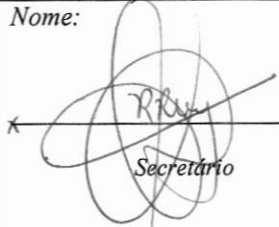
E 643/23
Pg 15/03
nº 1115

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS

Funcionário: WALTER COSTA	Cargo ou Função: MECANICO
Orgão:	Nota de Empenho N Solicitação N°
Dotação Orçamentária: Especificação: _____	
TOTAL DO RESSARCIMENTO: _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
09/03				40,00
TOTAL				40,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				

Nome:  Assinatura do Funcionário 09/03/23	Nome:  Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
08/03	Checkout no ônibus placa BDH 1647, e transporte da Trevisa, localizada na cidade de Cambé - PR

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/03/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.36.38
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: 60.325-2

FAVORECIDO: WALTER COSTA
CPF/CNPJ: 331.417.629-53
VALOR: R\$ 40,00
DEBITO EM: 15/03/2023
=====

DOCUMENTO: 031504
AUTENTICACAO SISBB: C.7C6.2BF.728.4A5.ACF