



Município de Nova Santa Bárbara - PR

CNPJ: 95561080000160 IE:
Endereço: Rua Walfrido 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°
5494	20/12/2021	5499	5041/2021	3122/2021	

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

CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS

Matrícula

24864-9

CPF/CNPJ

041.207.669-18

Endereço

RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA

Bairro

ALTO DA BOA VISTA

Cidade/UF

Nova Santa Bárbara/PR

CEP

86250-000

Fone

4332661253

Tipo de conta bancária

Conta Corrente

Banco

748

Agência

717-0

Conta

57790-1

Classificação da despesa

2700 08 Secretaria Municipal de Saúde

08.001 Fundo Municipal de Saúde

10.301.0320.2025 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

122002

20/12/2021

R\$ 40,00

Recibo

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 3122/2021.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tesoureira

ROSANA RUY DE SOUZA



Município de Nova Santa Bárbara - PR

CNPJ: 95561080000160 IE: CEP: 86250000 Cidade: Nova Santa Bárbara
Endereço: Rua Walfredo Bittencourt de Moraes, 222 - Centro Fone: (43) 3266-8100 Fax: Mesmo

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número 5041/2021 Emissão 13/12/2021 Requisição Nº 3122/2021

Licitação Tipo Sem licitação Número

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 CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS Matrícula 24864-9 CPF/CNPJ 041.207.669-18
Endereço RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA Bairro ALTO DA BOA VISTA
Cidade/UF Nova Santa Bárbara/PR CEP 86250-000 Fone 4332661253 Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 748 717-0 57790-1

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
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Saldo à liquidar R\$ 0,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

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 PARA CUSTEAR DEPESA COM ALIMENTAÇÃO À FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, QUE IRÁ ACOMPANHAR 02 (DUAS) GESTANTE DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 15 DE DEZEMBRO DE 2021.

Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor

ROSANA RUY DE SOUZA



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 3122/2021 Tipo Ordinário Emitido em 13/12/2021 Requisição Nº Req. Compra Nº

Licitação Tipo Sem licitação Número

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 CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS Matrícula 24864-9 CPF/CNPJ 041.207.669-18

Endereço RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA Bairro ALTO DA BOA VISTA

Cidade/UF Nova Santa Bárbara/PR CEP 86250-000 Fone 4332661253 Tipo de conta bancária Conta Corrente Banco 748 Agência 717-0 Conta 57790-1

Classificação da despesa

08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior

08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 23.090,00

10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado

3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 40,00

2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo atual

Do Exercício R\$ 23.050,00

Outras informações

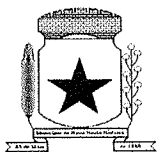
Histórico

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DESPESA COM ALIMENTAÇÃO À FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, QUE IRÁ ACOMPANHAR 02 (DUAS) GESTANTE DO MUNICÍPIO, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 15 DE DEZEMBRO DE 2021.

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 392/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 13/12/21

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 Agente Comunitário de Saúde **Cristiane Aparecida da Silva Santos** a qual irá acompanhar as gestantes **Angélica Ribeiro Freitas, Gabriela Pereira dos Anjos, Janes Mariany da Silva, Nilza Cirino Sampaio e Rebeca Braz de Santana**, em consulta no Hospital Santa Alice na Cidade de Santa Mariana no dia **22/12/2021** (quarta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi

Agência: 0717

Conta Corrente: 00057790-1

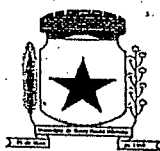

Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome

Assinatura

Data



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Weslaine Aparecida da Silva Santos</i>	Cargo ou Função: <i>Agente Administrativo de Saúde</i>
Órgão: 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
22/12/21	40,00			40,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

Nome: <i>Weslaine Aparecida da Silva Santos</i> Assinatura do Funcionário _____/_____/_____ / /	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
22/12/21	<i>acompanhando gestantes em gestação matricada no pré-natal</i>

Observações:



Hospital **Stª Alice**

Rua Manoel da Silva Machado, 554 - Centro
CEP 86350-000 - Santa Mariana - PR
Fone: (43) 3531-1436

Declaro

que o Sr. GUSTAVO ROBERTO

está em tratamento médico. Portanto

em período de licença médica.

22/12/14

"Saúde vale mais que riqueza."

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/12/2021 - AUTOATENDIMENTO - 10.54.16
2573902573 SEGUNDA VIA 0002

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: 57.790-1

FAVORECIDO: CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS

CPF/CNPJ: 041.207.669-18

VALOR: R\$ 40,00

DEBITO EM: 20/12/2021

=====

DOCUMENTO: 122002

AUTENTICACAO SISBB: A.7C4.BEE.9F8.0EB.279