



**ESTADO DO PARANÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SANTA BARBARA**

Página: 1/2  
Usuário: katiagardeniados

**NOTA DA ORDEM DE PAGAMENTO**

C.N.P.J.: 95.561.080/0001-60

Município: Nova Santa Bárbara

Data da Ordem: 27/03/2026

N. da Ordem: 1635/2026

Órgão: 08.000 Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade: 08.001 Fundo Municipal de Saúde  
Funcional: 10.301.2300 MANUTENÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
Projeto/Atividade: 2.300 MANUTENÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
Natureza de Despesa: 3.3.90.14.14.02 SERVIDORES COMISSIONADOS  
Recurso: 00303/00303.01.02.00.00.1.500.1002 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (E.C. 29/00 - 15%)

Número do empenho:	1014/2026	Pagamentos anteriores:	0,00
Valor do empenho:	100,00	Valor da ordem:	100,00
Valor complemento:	0,00	Valor Anulado:	0,00
Valor anulado:	0,00	Retenções:	0,00
Total (A):	100,00	Total (B):	100,00
		Saldo (A-B):	0,00

Credor: NATHALIE RIBEIRO TRATZ NORI DA SILVA

CPF.: ██████████-86

Inscr.Est./Ident.Prof.:

Endereço: -

CEP .:

Cidade: -

Banco: 748-BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

Agência: 717-0

Conta Corrente: 21013-1

Especificação: ESTA IMPORTÂNCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE 01 (UMA) DIÁRIA SEM PERNOITE A CHEFE DA DIVISÃO DE TRANSPORTES NATHALIE RIBEIRO TRATZ NORI DA SILVA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, EM VIAGEM A CIDADE DE MARINGÁ-PR, PARA PARTICIPAR DO IV FÓRUM ESTADUAL DE GESTORES PÚBLICOS - ETAPA PLANEJA PARANÁ, NO DIA 23/03/2026.

Fonte de Recurso: Vinculado Valor geral.: 100,00

Fica autorizado o pagamento de R\$: 100,00

Contabilização: Esta O.P. foi devidamente processada no Depto de Contabilidade em 27/03/2026

**Descontos:**

Total de Descontos: 0,00 Liquido a pagar: 100,00

Recursos: 0030300303010200001500 Valor: 100,00  
1002

Banco Baixa: 001 - Banco do Brasil S.A.

Conta Baixa: 17915 - 9

Nº Docto:

Ordem de pagamento: Em 27/03/2026 pague-se a importância acima processada.

Recibo: Em 27/03/2026 recebi (emos) a importância acima processada.

**Certifico haver pago a importância acima.**

KATIA GARDENIA DOS SANTOS

MIZAELE MATEUS LEITE

\*\*\*.\*\*\*.339-\*\*

\*\*\*.\*\*\*.679-\*\*

TESOUREIRA

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE



**ESTADO DO PARANÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SANTA BARBARA**

Página: 2/2  
Usuário: katiagardeniados

**NOTA DA ORDEM DE PAGAMENTO**

C.N.P.J.: 95.561.080/0001-60

Município: Nova Santa Bárbara

Data da Ordem: 27/03/2026  
N. da Ordem: 1636/2026

Órgão:	08.000	Secretaria Municipal de Saúde
Unidade:	08.001	Fundo Municipal de Saúde
Funcional:	10.301.2300	MANUTENÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Projeto/Atividade:	2.300	MANUTENÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Natureza de Despesa:	3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS
Recurso:	00303/00303.01.02.00.00.1.500.1002	SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (E.C. 29/00 - 15%)

Número do empenho:	1087/2026	Pagamentos anteriores:	0,00
Valor do empenho:	60,00	Valor da ordem:	60,00
Valor complemento:	0,00	Valor Anulado:	0,00
Valor anulado:	0,00	Retenções:	0,00
Total (A):	60,00	Total (B):	60,00
		Saldo (A-B):	0,00

Credor:	ANA ALICE DE SANTANA TEIXEIRA		
CPF.:	██████████-02	Inscr.Est./Ident.Prof.:	
Endereço:	- 300		
CEP .:	86250-000	Cidade:	-
Banco:	237-BANCO BRADESCO S.A.	Agência:	57-4
		Conta Corrente:	620780-4

**Especificação:** ESTA IMPORTÂNCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE 01 (UMA) DIÁRIA SEM PERNOITE A TÉCNICA DE ENFERMAGEM ANA ALICE DE SANTANA TEIXEIRA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, EM VIAGEM AGENDADA PELA SECRETARIA DE SAÚDE, PARA ACOMPANHAR A GETSANTE ELAINE DA SILVA MELO, EM CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA NO HOSPITAL SANTA ALICE, NA CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 30/03/2026.

**Fonte de Recurso:** Vinculado **Valor geral .:** 60,00

Fica autorizado o pagamento de R\$: 60,00

Contabilização: Esta O.P. foi devidamente processada no Depto de Contabilidade em 27/03/2026

**Descontos:**

**Total de Descontos:** 0,00 **Liquido a pagar:** 60,00

<b>Recursos:</b>	0030300303010200001500	<b>Valor:</b>	60,00		
	1002				
<b>Banco Baixa:</b>	001 - Banco do Brasil S.A.	<b>Conta Baixa:</b>	17915 - 9	<b>Nº Docto:</b>	

Ordem de pagamento: Em 27/03/2026 pague-se a importância acima processada.

Recibo: Em 27/03/2026 recebi (emos) a importância acima processada.

**Certifico haver pago a importância acima.**

KATIA GARDENIA DOS SANTOS  
\*\*\*.\*\*\*.339-\*\*  
TESOUREIRA

MIZAELE MATEUS LEITE  
\*\*\*.\*\*\*.679-\*\*  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE  
SAÚDE