



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SANTA BARBARA

NOTA DA ORDEM DE PAGAMENTO

C.N.P.J.: 95.561.080/0001-60
Município: Nova Santa Bárbara

Data da Ordem: 07/10/2025
N. da Ordem: 5894/2025

Órgão:	08.000	Secretaria Municipal de Saúde
Unidade:	08.001	Fundo Municipal de Saúde
Funcional:	10.301.2027	MANUTENÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Projeto/Atividade:	2.027	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:	3963/2025	Pagamentos anteriores:	0,00
Valor do empenho:	500,00	Valor da ordem:	500,00
Valor complemento:	0,00	Valor Anulado:	0,00
Valor anulado:	0,00	Retenções:	0,00
Total (A):	500,00	Total (B):	500,00
		Saldo (A-B):	0,00

Credor:	EDUARDO MONTANHER DE SOUZA	Inscr.Est./Ident.Prof.:	
CPF.:	035.940.159-71		
Endereço:	- 748		
CEP .:	86250-000	Cidade:	-
Banco:	323-MERCADO PAGO INSTITUICAO DE PAGAMENTO LTDA	Agência:	0001-
		Conta Corrente:	7882739847-1

Especificação: ESTA IMPORTÂNCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE 02 (DUAS) DIÁRIAS, SENDO 01 (UMA) COM PERNOITE E 01 (UMA) SEM PERNOITE AO MOTORISTA EDUARDO MONTANHER DE SOUZA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO E HOSPEDAGEM, EM VIAGEM AGENDADA PELA SECRETARIA DE SAÚDE, PARA TRANSPORTAR OS PACIENTES ANDRÉ LUIZ VAZ PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO NA CLÍNICA DR. MARCO TÚLIO, NO DIA 02/10/2025 E JOSÉ MARIA DOS SANTOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES NO HOSPITAL DO TRABALHADOR, NO DIA 03/10/2025, NA CIDADE DE CURITIBA-PR.

Fonte de Recurso:	Vinculado	Valor geral .:	500,00
-------------------	-----------	----------------	--------

Fica autorizado o pagamento de R\$: 500,00

Contabilização: Esta O.P. foi devidamente processada no Depto de Contabilidade em 07/10/2025

Descontos:		
Total de Descontos:	0,00	Liquido a pagar: 500,00

Recursos:	0030300303010200001500 1002	Valor:	500,00
Banco Baixa:	001 - Banco do Brasil S.A.	Conta Baixa:	17915 - 9
		Nº Docto:	100701

Ordem de pagamento: Em 07/10/2025 pague-se a importância acima processada.

Recibo: Em 07/10/2025 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
---	---