



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: 25/11/2025
N. da Ordem: 6841/2025

Órgão:	08.000	Secretaria Municipal de Saúde
Unidade:	08.002	Fundo Municipal de Saúde PAP/SUS
Funcional:	10.301.2029	ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
Projeto/Atividade:	2.029	BLOCO DE ATENÇÃO BÁSICA
Natureza de Despesa:	3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS
Recurso:	00324/01011.09.02.05.18.1.621.0000	TRANSFERÊNCIAS DE OUTROS PROGRAMAS

Número do empenho:	4651/2025	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:	ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA	Inscr.Est./Ident.Prof.:	
CPF.:	034.594.249-31		
Endereço:	-	Cidade:	-
CEP.:		Agência:	910-5
Banco:	104-CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	Conta Corrente:	1300044310-6

Especificação: ESTA IMPORTÂNCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE 01 (UMA) DIÁRIA SEM PERNOITE A ENFERMEIRA ALINE CAMPOS GONÇALVES ALMEIDA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, EM VIAGEM A CIDADE DE CORNÉLIO PROCÓPIO-PR, PARA PARTICIPAR DO ENCONTRO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA REFERENTE A LINHA GUIA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL, NO AUDITÓRIO DA 18ª REGIONAL DE SAÚDE, NO DIA 03/12/2025.

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 25/11/2025

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

Recursos:	0032401011090205181621 0000	Valor:	60,00
Banco Baixa:	001 - Banco do Brasil S.A.	Conta Baixa:	19981 - 8
		Nº Docto:	112501

Ordem de pagamento: Em 25/11/2025 pague-se a importância acima processada.

Recibo: Em 25/11/2025 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
---	---