



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: 18/07/2025  
N. da Ordem: 4150/2025

|                      |                                    |                                                |
|----------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|
| 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: | 2633/2025 | 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:   | ANA ALICE DE SANTANA TEIXEIRA | Inscr.Est./Ident.Prof.: |          |
| CPF.:     | 046.983.949-02                |                         |          |
| 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 A CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, PARA ACOMPANHAR AS GESTANTES EDMILLY DOS SANTOS SILVA E IZABELA DOS SANTOS FERREIRA, EM CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA NO HOSPITAL SANTA ALICE, NO DIA 21/07/2025.

|                   |           |                |       |
|-------------------|-----------|----------------|-------|
| 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 18/07/2025

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

|              |                            |              |           |
|--------------|----------------------------|--------------|-----------|
| Recursos:    | 0030300303010200001500     | Valor:       | 60,00     |
|              | 1002                       |              |           |
| Banco Baixa: | 001 - Banco do Brasil S.A. | Conta Baixa: | 17915 - 9 |
|              |                            | Nº Docto:    | 071803    |

Ordem de pagamento: Em 18/07/2025 pague-se a importância acima processada.

Recibo: Em 18/07/2025 recebi (emos) a importância acima processada.

Certifico haver pago a importância acima.

|                                                           |                                                                         |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| KATIA GARDENIA DOS SANTOS<br>***.***.339-**<br>TESOUREIRA | MIZAELE MATEUS LEITE<br>***.***.679-**<br>SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|