



**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: 31/07/2025  
N. da Ordem: 4472/2025

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:	2756/2025	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  
CPF.: 046.983.949-02 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 AS GESTANTES (SWELLEN APARECIDA SOARES MARCHINI, EDMILY DOS SANTOS SILVA, MARIANA KIOMI FUGIKAWA DE OLIVEIRA E ANNE CAROLINE OLIVEIRA DE LIMA), EM CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA NO HOSPITAL SANTA ALICE, NA CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 04/08/2025.

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 31/07/2025

**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: 073101

Ordem de pagamento: Em 31/07/2025 pague-se a importância acima processada.

Recibo: Em 31/07/2025 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