



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: 17/12/2025
N. da Ordem: 7521/2025

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:	5107/2025	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 AGENDADA PELA SECRETARIA DE SAÚDE, PARA ACOMPANHAR AS GESTANTES JÉSSICA PROENÇA DA SILVA, PATRÍCIA DE SOUZA DOS ANJOS, NICOLE ALVES RIBEIRO E VALQUIRIA DOS SANTOS MATHIAS, EM CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA NO HOSPITAL SANTA ALICE, NA CIDADE DE SANTA MARIANA-PR, NO DIA 17/12/2025.

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 17/12/2025

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

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

Ordem de pagamento: Em 17/12/2025 pague-se a importância acima processada.

Recibo: Em 17/12/2025 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
---	--