



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: 18/11/2025  
N. da Ordem: 6801/2025

|                      |                                    |                                                |
|----------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|
| 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: | 4578/2025 | Pagamentos anteriores: | 0,00   |
| Valor do empenho:  | 150,00    | Valor da ordem:        | 150,00 |
| Valor complemento: | 0,00      | Valor Anulado:         | 0,00   |
| Valor anulado:     | 0,00      | Retenções:             | 0,00   |
| Total (A):         | 150,00    | Total (B):             | 150,00 |
|                    |           | Saldo (A-B):           | 0,00   |

|           |                                    |                         |         |
|-----------|------------------------------------|-------------------------|---------|
| Credor:   | BRUNO SANTANA DE OLIVEIRA          | Inscr.Est./Ident.Prof.: |         |
| CPF.:     | 068.178.489-03                     |                         |         |
| Endereço: | -                                  | Cidade:                 | -       |
| CEP.:     |                                    |                         |         |
| Banco:    | 748-BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A. | Agência:                | 717-0   |
|           |                                    | Conta Corrente:         | 76249-7 |

Especificação: ESTA IMPORTÂNCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE 01 (UMA) DIÁRIA SEM PERNOITE AO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE BRUNO SANTANA DE OLIVEIRA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, EM VIAGEM A CIDADE DE LAPA-PR, PARA ACOMPANHAR O PACIENTE IVO INÁCIO DA SILVA PARA INTERNAÇÃO NO HOSPITAL REGIONAL DA LAPA DE SÃO SEBASTIÃO, NO DIA 14/11/2025.

|                   |           |               |        |
|-------------------|-----------|---------------|--------|
| Fonte de Recurso: | Vinculado | Valor geral.: | 150,00 |
|-------------------|-----------|---------------|--------|

Fica autorizado o pagamento de R\$: 150,00

Contabilização: Esta O.P. foi devidamente processada no Depto de Contabilidade em 18/11/2025

|                     |      |                         |
|---------------------|------|-------------------------|
| Descontos:          |      |                         |
| Total de Descontos: | 0,00 | Liquido a pagar: 150,00 |

|              |                                |              |           |
|--------------|--------------------------------|--------------|-----------|
| Recursos:    | 0030300303010200001500<br>1002 | Valor:       | 150,00    |
| Banco Baixa: | 001 - Banco do Brasil S.A.     | Conta Baixa: | 17915 - 9 |
|              |                                | Nº Docto:    | 111801    |

Ordem de pagamento: Em 18/11/2025 pague-se a importância acima processada.

Recibo: Em 18/11/2025 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<br>SAÚDE |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|