



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: 08/09/2025  
N. da Ordem: 5203/2025

|                      |                                    |                                                |
|----------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|
| 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: | 3504/2025 | Pagamentos anteriores: | 0,00   |
| Valor do empenho:  | 350,00    | Valor da ordem:        | 350,00 |
| Valor complemento: | 0,00      | Valor Anulado:         | 0,00   |
| Valor anulado:     | 0,00      | Retenções:             | 0,00   |
| Total (A):         | 350,00    | Total (B):             | 350,00 |
|                    |           | Saldo (A-B):           | 0,00   |

|           |                                    |                         |         |
|-----------|------------------------------------|-------------------------|---------|
| Credor:   | CARLOS TRINDADE                    | Inscr.Est./Ident.Prof.: |         |
| CPF.:     | 014.871.859-01                     |                         |         |
| Endereço: | - S/N                              |                         |         |
| CEP .:    | 86250-000                          | Cidade:                 | -       |
| Banco:    | 748-BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A. | Agência:                | 717-0   |
|           |                                    | Conta Corrente:         | 53248-7 |

**Especificação:** ESTA IMPORTÂNCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE 01 (UMA) DIÁRIA COM PERNOITE AO MOTORISTA CARLOS TRINDADE, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO E HOSPEDAGEM, EM VIAGEM AGENDADA PELA SECRETARIA DE SAÚDE, PARA TRANSPORTAR O PACIENTE AILTON PRIMO DANIEL, PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA, NO HOSPITAL REGIONAL DO CENTRO-OESTE, NA CIDADE DE GUARAPUAVA-PR, NO DIA 09/09/2025. A SAÍDA DO MUNICÍPIO SERÁ NO DIA 08/09/2025.

|                   |           |                |        |
|-------------------|-----------|----------------|--------|
| Fonte de Recurso: | Vinculado | Valor geral .: | 350,00 |
|-------------------|-----------|----------------|--------|

Fica autorizado o pagamento de R\$: 350,00

Contabilização: Esta O.P. foi devidamente processada no Depto de Contabilidade em 08/09/2025

|                     |        |
|---------------------|--------|
| Descontos:          |        |
| Total de Descontos: | 0,00   |
| Liquido a pagar:    | 350,00 |

|              |                            |              |           |
|--------------|----------------------------|--------------|-----------|
| Recursos:    | 0030300303010200001500     | Valor:       | 350,00    |
|              | 1002                       |              |           |
| Banco Baixa: | 001 - Banco do Brasil S.A. | Conta Baixa: | 17915 - 9 |
|              |                            | Nº Docto:    | 090803    |

Ordem de pagamento: Em 08/09/2025 pague-se a importância acima processada.

Recibo: Em 08/09/2025 recebi (emos) a importância acima processada.

Certifico haver pago a importância acima.

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