



Município de Nova Santa Bárbara - PR

CNPJ: 95561080000160 IE:
Endereço: Rua Walfredo Bittencourt de Moraes, 222 - Centro CEP: 86250000 Cidade: Nova Santa Bárbara
Fone: (43) 3266-8100 Fax: Mesmo

NOTA DE PAGAMENTO

Número	Data	Previsão Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
1880	26/05/2021	1880	1725/2021	1062/2021	

Licitação _____
Tipo _____ Número _____
Sem licitação

Contrato/Aditivo _____
Sequência _____ Contrato _____ Aditivo _____ Início da vigência _____ Fim da vigência _____ Fim da vig. atualizada _____ Início da execução _____ Fim da execução _____ Fim da exe. atualizada _____

Credor _____
Fornecedor _____ Matrícula _____ CPF/CNPJ _____
CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS 24864-9 041.207.669-18

Endereço _____ Bairro _____
RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA ALTO DA BOA VISTA

Cidade/UF _____ CEP _____ Fone _____ Tipo de conta bancária _____ Banco _____ Agência _____ Conta _____
Nova Santa Bárbara/PR 86250-000 4332661253 Conta Corrente 748 717-0 57790-1

Classificação da despesa _____
2700 08 Secretaria Municipal de Saúde
08.001 Fundo Municipal de Saúde
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
Valor
R\$ 40,00

Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções
R\$ 0,00
Valor líquido
R\$ 40,00

Servidor que autorizou o pagamento _____
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Recursos _____ Documento _____ Data _____ Valor _____
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 052604 26/05/2021 R\$ 40,00

Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 1062/2021.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tesoureira

ROSANA RUY DE SOUZA



Município de Nova Santa Bárbara - PR

CNPJ: 95561080000160 IE: CEP: 86250000 Cidade: Nova Santa Bárbara
Endereço: Rua Walfredo Bittencourt de Moraes, 222 - Centro Fone: (43) 3266-8100 Fax: Mesmo

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número 1725/2021 Emitido em 25/05/2021 Requisição Nº Empenho Nº 1062/2021

Licitação Tipo Sem licitação Número Contrato/Aditivo Sequência Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor Fornecedor CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS Matrícula 24864-9 CPF/CNPJ 041.207.669-18 Endereço RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA Bairro ALTO DA BOA VISTA Cidade/UF Nova Santa Bárbara/PR CEP 86250-000 Fone 4332661253 Tipo de conta bancária Banco Agência Conta Conta Corrente 748 717-0 57790-1

Classificação da despesa 08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho R\$ 40,00 08.001 Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado R\$ 40,00 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Saldo à Liquidar R\$ 0,00 2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Outras informações

Retenções Total de retenções R\$ 0,00 Valor líquido R\$ 40,00

Servidor que autorizou a liquidação 234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Histórico ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DEPESA COM ALIMENTAÇÃO À FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, QUE IRÁ ACOMPANHAR A GESTANTE AMANDA CAROLINE SOTTO E CRISTIELE APARECIDA DA SILVA, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 26 DE MAIO DE 2021.

EDIVANIA MARTINS DE LIMA
Emissor

ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9



Município de Nova Santa Bárbara - PR

CNPJ: 95561080000160 IE:
Endereço: Rua Walfredo Bittencourt de Moraes, 222 - Centro CEP: 86250000 Cidade: Nova Santa Bárbara
Fone: (43) 3266-8100 Fax: Mesmo

NOTA DE EMPENHO

Número: 1062/2021 Tipo: Ordinário Emitido em: 25/05/2021 Requisição Nº: Req. Compra Nº:

Objeto: Número:

Solicitação:

Contrato/Aditivo:

Sequência: Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor:

Fornecedor: CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS Matrícula: 24864-9 CPF/CNPJ: 041.207.669-18

Endereço: RUA ARMANDO RUY, 73 - CASA Bairro: ALTO DA BOA VISTA

Cidade/UF: Nova Santa Bárbara/PR CEP: 86250-000 Fone: 4332661253 Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 748 Agência: 717-0 Conta: 57790-1

Classificação da despesa:

08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior

08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 73.890,00

10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado

3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 40,00

2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo atual

Do Exercício R\$ 73.850,00

Outras informações:

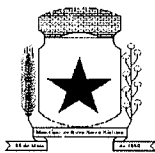
Histórico:

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DESPESA COM ALIMENTAÇÃO À FUNCIONÁRIA CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS, QUE IRÁ ACOMPANHAR A GESTANTE AMANDA CAROLINE SOTTO E CRISTIELE APARECIDA DA SILVA, EM CONSULTA NO HOSPITAL SANTA ALICE EM SANTA MARIANA-PARANÁ, DIA 26 DE MAIO DE 2021.

EDIVANIA MARTINS DE LIMA
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
Contador - CRC: 046096

ROSANA RUY DE SOUZA



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 169/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 25/05/21

ASSUNTO: Solicitação de Diária

Mediante autorização desta Secretaria Municipal de Saúde, solicito o empenho e pagamento no **valor de R\$ 40,00 (quarenta reais)**, para custear as despesas com alimentação para a Agente Comunitario de Saúde **Cristiane Aparecida da Silva Santos** a qual irá acompanhar a gestante, **Amanda Caroline Sotto e Cristieli Aparecida da Silva** em consulta no Hospital Santa Alice na Cidade de Santa Mariana no dia **26/05/2021** (quarta-feira).

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi

Agência: 0717

Conta Corrente: 00057790-1


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome

Assinatura

Data



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

E 1062/21

pg 26/05

nº 1880

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Christiane Aparecida da Silva Soares</i>	Cargo ou Função: <i>Agente Comunitária de Saúde</i>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
26/05/21	40,00			
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 40,00

Nome: <i>Christiane Aparecida da Silva Soares</i> Assinatura do Funcionário 26/05/2021	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
26/05/21	Acompanhando gestantes no pré-natal em Junta Nacional

Observações:



Hospital **Stª Alice**

Rua Manoel da Silva Machado, 554 - Centro
CEP 86350-000 - Santa Mariana - PR
Fone: (43) 3531-1436

C. D. N. 12.000

Declaro que o(a) Sr(a) JOSEFANE RODRIGUES DA SILVA ENFERMEIRA GERENTE DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL

26/07/2011

"Saúde vale mais que riqueza."

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 13.22.39
2573902573 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
DOC ELETRONICO

CLIENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 17.915-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE
REMETENTE : FMS NOVA ST BARBARA - FUS
BANCO: 748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0717-X - SICREDI CAMBARA
CONTA: 57.790-1

FAVORECIDO: CRISTIANE APARECIDA DA SILVA SANTOS
CPF/CNPJ: 041.207.669-18
VALOR: R\$ 40,00
DEBITO EM: 26/05/2021

=====

DOCUMENTO: 052604
AUTENTICACAO SISBB: 1.2B1.F4F.6AE.D37.A5A

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALÉRIO.