



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: 18/09/2025
N. da Ordem: 5463/2025

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:	3611/2025	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:	ROGERIO BATISTA DOS SANTOS	Inscr.Est./Ident.Prof.:	
CPF.:	040.157.949-23		
Endereço:	- 81	Cidade:	-
CEP .:	86270-000	Agência:	57-4
Banco:	237-BANCO BRADESCO S.A.	Conta Corrente:	621537-8

Especificação: ESTA IMPORTÂNCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE 01 (UMA) DIÁRIA COM PERNOITE AO MOTORISTA ROGÉRIO BATISTA DOS SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO E HOSPEDAGEM, EM VIAGEM AGENDADA PELA SECRETARIA DE SAÚDE, PARA TRANSPORTAR O PACIENTE JOSÉ MIGUEL BUENO DOS SANTOS, PARA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA NO HOSPITAL WALDEMAR MONASTIER, NA CIDADE DE CAMPO LARGO-PR, NO DIA 17/09/2025. A SAÍDA DO MUNICÍPIO SERÁ NO DIA 16/09/2025.

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 18/09/2025

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:	091802

Ordem de pagamento: Em 18/09/2025 pague-se a importância acima processada.

Recibo: Em 18/09/2025 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
---	---