



# Município de Nova Santa Bárbara - PR

CNPJ: 9556108000160 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
<b>4422</b>	29/10/2021	4422	4156/2021	2635/2021	

Licitação \_\_\_\_\_  
Tipo \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_  
Sem licitação

Contrato/Aditivo \_\_\_\_\_  
Seqüência Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor \_\_\_\_\_  
Fornecedor **ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA** Matrícula **34890-2** CPF/CNPJ **034.594.249-31**  
Endereço **RUA JASMIM, 135 - CASA** Bairro **JARDIM MURIAE**  
Cidade/UF **Assaí/PR** CEP **86250-000** Fone **43991961557** Tipo de conta bancária **Conta Poupança** Banco **104** Agência **910-5** Conta **1300044310-6**

Classificação da despesa \_\_\_\_\_  
2710 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**

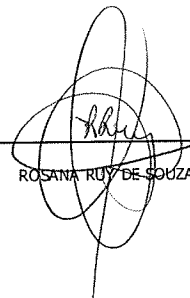
Servidor que autorizou o pagamento \_\_\_\_\_  
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA  
Recursos \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_  
00324 - Transferências de Outros Programas Conta bancária 272 - FMS NOVA SANTA 40157403 29/10/2021 R\$ 40,00

Recibo \_\_\_\_\_  
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 2635/2021.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nova Santa Bárbara, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

  
KATIA GARDENIA DOS SANTOS  
Tesoureira

  
ROSANA RUY DE SOUZA



# 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 LIQUIDAÇÃO

Número **4156/2021** Emitido em **27/10/2021** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Empenho Nº **2635/2021**

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 **ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA** Matrícula **34890-2** CPF/CNPJ **034.594.249-31**  
Endereço **RUA JASMIM, 135 - CASA** Bairro **JARDIM MURIAE**  
Cidade/UF \_\_\_\_\_ CEP **86250-000** Fone **43991961557** Tipo de conta bancária **Conta Poupança** Banco **104** Agência **910-5** Conta **1300044310-6**

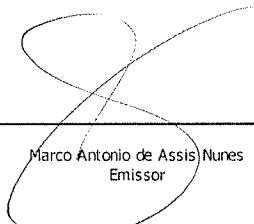
Classificação da despesa \_\_\_\_\_  
**08** Secretaria Municipal de Saúde **Saldo do empenho R\$ 40,00**  
**08.001** Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado R\$ 40,00**  
**10.301.0320.2025** Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Saldo à Liquidar R\$ 0,00**  
**3.3.90.14.14.01** SERVIDORES EFETIVOS  
**2710 00324** Transferências de Outros Programas

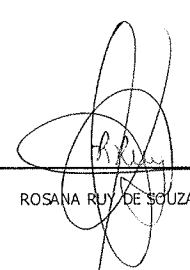
Outras informações \_\_\_\_\_

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 DESPESAS COM ALIMENTACAO A ENFERMEIRA ALINE CAMPOS GONÇALVES ALMEIDA, QUE IRÁ PARTICIPAR DE UMA REUNIAO DA CIR (COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL) NO ANFITEATRO DA UENP - CAMPUS CORNELIO PROCOPIO NO DIA 28/10/2021, COM SAIDA DO MUNICIPIO PREVISTA AS 07:30 HORAS.

  
\_\_\_\_\_  
Marco Antonio de Assis Nunes  
Emissor

  
\_\_\_\_\_  
ROSANA RUY DE SOUZA

272-7



# 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 **2635/2021** Tipo **Ordinário** Emitido em **27/10/2021** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Req. Compra Nº \_\_\_\_\_

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 **ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA** Matrícula **34890-2** CPF/CNPJ **034.594.249-31**

Endereço **RUA JASMIM, 135 - CASA** Bairro **JARDIM MURIAE**

Cidade/UF **Assaí/PR** CEP **86250-000** Fone **43991961557** Tipo de conta bancária **Conta Poupança** Banco **104** Agência **910-5** Conta **1300044310-6**

Classificação da despesa \_\_\_\_\_  
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior  
08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 5.560,00  
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado  
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 40,00  
2710 00324 Transferências de Outros Programas Saldo atual  
Do Exercício R\$ 5.520,00

Outras informações \_\_\_\_\_

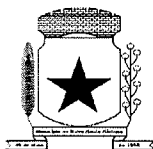
Histórico \_\_\_\_\_

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO A ENFERMEIRA ALINE CAMPOS GONÇALVES ALMEIDA, QUE IRÁ PARTICIPAR DE UMA REUNIAO DA CIR (COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL) NO ANFITEATRO DA UENP - CAMPUS CORNELIO PROCOPIO NO DIA 28/10/2021, COM SAIDA DO MUNICIPIO PREVISTA AS 07:30 HORAS.

Marco Antonio de Assis Nunes  
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 334/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 27/10/21

**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 enfermeira **Aline Campos Gonçalves Almeida**, a qual irá participar de uma reunião da CIR (Comissão Intergestores Regional) no anfiteatro da UENP - Campus Cornélio Procópio no dia **28/10/2021** (quinta-feira), com saída prevista as 07:30 horas. Conforme Ofício em anexo.

Pagar com o **Recurso da Fonte 324. Conta: 272-7**

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Econômica Federal

Agência: 0910

Conta Poupança: 0044310-6

C - 2710

P - 348902

C - 2635

  
Rosana Ruy de Souza  
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:

Edliane  
Nome

[Assinatura]  
Assinatura

27 / 10 / 21  
Data



## Convite

Convidamos os Senhores (as) Secretários (as) de Saúde, 01 Técnico da APS, 01 Técnico da Vigilância Sanitária e 01 Técnico da Vigilância Epidemiológica dos Municípios de abrangência da 18ªRS no dia **28/10/2021**:

### **Período da manhã – 08h30m às 12h**

- Reunião da CIR

Planejamento Regional Integrado – PRI (Atualização das Prioridades Sanitárias e Contextualização)

PLANIFICASUS Paraná

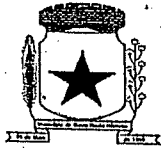
Programa de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QUALICIS

### **Período da tarde – 13h30m às 17h**

- Planejamento Regional Integrado – PRI (Atualização das Prioridades Sanitárias e Contextualização).

**Local: UENP - Campus de Cornélio Procópio**

**Endereço: s/n Rodovia PR 160, Km 0, Cornélio Procópio - PR, 86300-000**



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

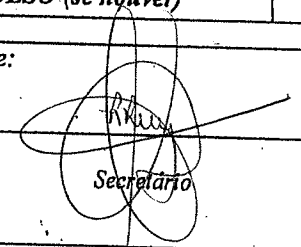
E 2635/21  
PR 29/10  
nº 4422.

**DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO**

Funcionário: <u>Aline C. A. Almuda.</u>	Cargo ou Função: <u>Enfermeira.</u>
Orgão: <u>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</u> 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
<u>28/10/21</u>	<u>40,00</u>			<u>40,00</u>
<b>TOTAL</b>				
<b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b>				<b>RS 40,00</b>

Nome: <u>Aline C. A. Almuda</u> Assinatura do Funcionário <u>29/10/21</u>	Nome:  Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<u>28/10/21</u>	<u>Reunião CIR, em Cornélio Procopio PR</u>

Observações:



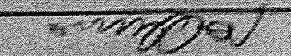








11 JUNHO  
20/10/2021  
REUNIÃO VIGENTE  
13092013

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL - CIRTEMS  
15ª REGIONAL DE SAÚDE DE CORNELIO PROPCPIO  
CONSELHO REGIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CRESEM)

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

Estavam presentes nesta reunião os participantes conforme descrito abaixo.

Assinatura	e-mail	Telefone	NO	Secretariado 18-111	NOME - CEFIA/TÉCNICOS 18-111
		35203005		USA	Neusa G. De... Diretor(a) de...
		99192.1512		Enf BF	Dir. M. C. Oliveira
		09605.1058		Enf	Dir. M. C. Oliveira
		991489289		VISA	Dir. M. C. Oliveira
				US	Dir. M. C. Oliveira
		99950685		Enf	Dir. M. C. Oliveira
		99103-3050		SMS	Dir. M. C. Oliveira



**IMPRIMIR** **FECHAR****2ª Via - Comprovante de Transferência de Valores  
via GovConta Caixa**

<b>Emitente:</b>	FMS NOVA SANTA BAR ASSIST
<b>Conta Origem:</b>	0910/006/00000272-7

<b>Conta Destino:</b>	0910/1288/000926128728-5
<b>Nome do Destinatário:</b>	ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA
<b>Valor:</b>	R\$ 40,00

<b>Data de Débito:</b>	29/10/2021 - 14:14:33
<b>Data da Operação:</b>	29/10/2021
<b>Código da Operação:</b>	40157403
<b>Chave de Segurança:</b>	9LW28T9U8TYTKSUH
<b>Operação realizada com sucesso.</b>	