



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 N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
4982	29/11/2021	4982	4555/2021	2876/2021	

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

Assai/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

00324 - Transferências de Outros Programas

Conta bancária 272 - FMS NOVA SANTA

Documento

89017019

Data

29/11/2021

Valor

R\$ 40,00

Recibo

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 2876/2021.

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 **4555/2021** Emitido em **24/11/2021** Requisição Nº _____ Empenho Nº **2876/2021**

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**
Assa/PR _____


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

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 DE UM EVENTO SOBRE SAUDE MENTAL NA ATENCAO PRIMARIA NO CENTRO CULTURAL NO PERIODO DA MANHA E PARTICIPARA DE OUTRO EVENTO NO PERIODO DA TARDE SOBRE O DIA NACIONAL DE DOADOR VOLUNTARIO DE SANGUE NO ANFITEATRO DA UENP-CAMPUS CORNELIO PROCOPIO NO DIA 26/11/2021. 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: 9556108000160 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 **2876/2021** Tipo **Ordinário** Emitido em **24/11/2021** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

Objeto _____ Número _____
Tipo _____

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 JASMM, 135 - CASA** Bairro **JARDIM MURIAE**

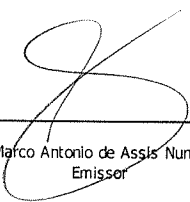
Cidade/UF **Assaí/PR** CEP **86250-000** Fone **43991961557** Tipo de conta bancária **Conta Poupança** Banco **104** Agência **910-5** Conta **1300044310-6**


Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior
08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 5.320,00
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\$ 5.280,00

Outras informações _____

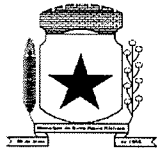
Histórico _____

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 DE UM EVENTO SOBRE SAUDE MENTAL NA ATENCAO PRIMARIA NO CENTRO CULTURAL NO PERIODO DA MANHA E PARTICIPARA DE OUTRO EVENTO NO PERIODO DA TARDE SOBRE O DIA NACIONAL DE DOADOR VOLUNTARIO DE SANGUE NO ANFITEATRO DA UENP-CAMPUS CORNELIO PROCOPIO NO DIA 26/11/2021. 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

e. 2876
PREFEITURA MUNICIPAL**NOVA SANTA BÁRBARA****CORRESPONDÊNCIA INTERNA**

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 364/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 24/11/21

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 um evento sobre Saúde Mental na Atenção Primária no Centro Cultural no período da manhã e participará de outro evento no período da tarde sobre o Dia Nacional de Doador Voluntário de Sangue no Anfiteatro da UENP - Campus Cornélio Procópio no dia **26/11/2021** (sexta-feira), com saída prevista as 07:30 horas, conforme convites 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

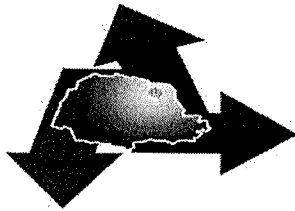

Rosana Ruy de Souza

Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: Março

Nome


Assinatura24/11/21
Data



AMUNOP

ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO NORTE DO PARANÁ

CONVITE

O Prefeito Municipal de Cornélio Procópio Amin José Hannouche por meio da Secretaria de Saúde Angélica Olchaneski e em parceria com a Clínica de Saúde Mental Tarangire, tem a honra de convidar Vossa Senhoria para um evento sobre **SAÚDE MENTAL na atenção primária (prévia para conferência Nacional de Saúde Mental)**

Assunto:

- O que um gestor precisa saber;
- Saúde mental na atenção primária;
- Atenção de urgências e emergências na atenção primária;
- Educação permanente a partir das metodologias ativas em Saúde;
- Roda de conversa sobre saúde mental- rumo a conferência nacional em 2022.

Data: 26/11/2021 (sexta-feira)

Hora: 08:30 as 12 horas

Local: Centro Cultural Galdino de Almeida – Rua Paraíba (ao lado da prefeitura Cornélio Procópio - PR)

Contamos com a presença de todos.

Atenciosamente;

Cornélio Procópio, 09 de novembro de 2021.

AMUNOP



HEMEPAR

CONVITE



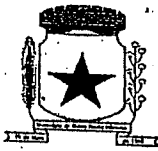
DIA NACIONAL DO DOADOR VOLUNTÁRIO DE SANGUE

A UCT de Cornélio Procópio tem a honra de convidar Vossa Senhoria para participar das homenagens deste dia!

DATA: 26/11/2021

HORÁRIO: 14 horas

LOCAL: Anfiteatro da UENP Campus – Rodovia PR 160



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 2876/21
18/29/11
4982

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Quini C. A. Almeida</u>		Cargo ou Função: <u>Enfermeira</u>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		Nota de Empenho N°:
Unidade Administrativa:		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
26/11/21	40,00			40,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 40,00

Nome: <u>Quini C. A. Almeida</u>	Nome: <u>[Assinatura]</u>	Nome: _____
Assinatura do Funcionário <u>06/12/21</u>	Secretário	Assinatura do Tesoureiro

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
26/11/21	Evento Saúde Mental na APS e O dia Nacional de Doador de Sangue no Município de Cornélio Procopio.

Observações:



AMUNOP

ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO NORTE DO PARANÁ

8. Nome	Paróquia	Município	Assinatura
Luzite Beatista Silva	Par. Conselho Mun	Sertãozinho	
9. Anyadne C. Nunes	Dist. São João	Sertãozinho	
10. Juracy P. de Silva	ag. adm. de São João	N.F.	
11. Maristela da Luz	S.M.S.	Itamboracá	
12. Mauro André de Brito	Assessoria	C. Próprio	
13. Vivian Lacerda	S.M.S.	Ponte Ant. São João	
14. Michelle Subtil	Prefeitura	C. Próprio	
15. Fabiana Nogueira	Prefeitura	C.P.	
16. Dianny M.L. Moura	Enfermeiro	W.S. Baía	
17. Aline C.G. Almeida	Enfermeiro	N. Sta. Baía	

Avenida: XV de Novembro, 183 - Ed. Ilha Porchat - 7º Andar - Sala 75 - Fone/Fax: (43)3524-4396 - CEP: 86.300-000 - Email: amunop@outlook.com - Cornélio Procopio - Paraná

Ilha Porchat - 7º Andar - Sala 75 - Fone/Fax: (43)3524-4396 - CEP: 86.300-000 - Email: amunop@outlook.com

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

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

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

Data de Débito:	29/11/2021 - 11:03:56
Data da Operação:	29/11/2021
Código da Operação:	89017019
Chave de Segurança:	ZC0TKE7UJC3ZF96Z
Operação realizada com sucesso.	