



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 N° | Liquidação N° | Empenho N° | Requisição N° |
| 5498 | 20/12/2021 | 5503 | 5038/2021 | 3119/2021 | |

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 _____

ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA

34890-2

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 Banco Agência Conta
Conta Poupança 104 910-5 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

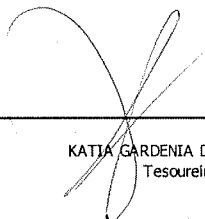
Servidor que autorizou o pagamento _____
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

| | | | |
|--|--|------------|-----------|
| Recursos | Documento | Data | Valor |
| 00324 - Transferências de Outros Programas | Conta bancária 272 - FMS NOVA SANTA 57417888 | 20/12/2021 | R\$ 40,00 |

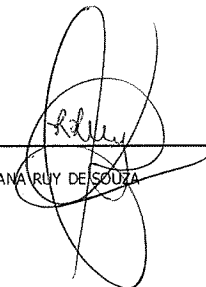
Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 3119/2021.

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 | Emitido em | Requisição Nº | Empenho Nº |
| 5038/2021 | 13/12/2021 | | 3119/2021 |
| Licitação | 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 | Matricula | CPF/CNPJ | | | | |
| Fornecedor | 34890-2 | 034.594.249-31 | | | | |
| ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA | | | | | | |
| Endereço | Bairro | | | | | |
| RUA JASMIM, 135 - CASA | JARDIM MURIAE | | | | | |
| Cidade/UF | CEP | Fone | Tipo de conta bancária | Banco | Agência | Conta |
| Assaí/PR | 86250-000 | 43991961557 | Conta Poupança | 104 | 910-5 | 1300044310-6 |

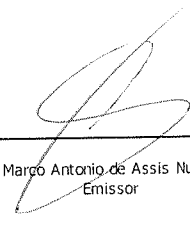
| | |
|---|------------------|
| Classificação da despesa | Saldo do empenho |
| 08 Secretaria Municipal de Saúde | R\$ 40,00 |
| 08.001 Fundo Municipal de Saúde | |
| 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde | Valor liquidado |
| 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS | R\$ 40,00 |
| 2710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

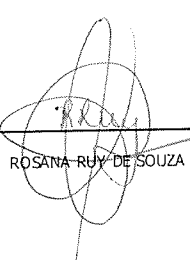
Outras informações

| | |
|-----------|--------------------|
| 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 DO ENCONTRO WORKSHOP PLANIFICASUS PARANA QUE SERA REALIZADO CENTRO CULTURAL GALDINO DE ALMEIDA EM CORNELIO PROCOPIO NO DIA 15/12/2021 (QUARTA FEIRA), COM SAIDA PREVISTA AS 07:30 HORAS.


Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor


ROSANA RUY DE SOUZA

272



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 **3119/2021** Tipo **Ordinário** Emitido em **13/12/2021** Requisição N° _____ Req. Compra N° _____

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\$ 5.280,00 |
| 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\$ 5.240,00 |

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 DO ENCONTRO WORKSHOP PLANIFICA SUS PARANA QUE SERÁ REALIZADO CENTRO CULTURAL GALDINO DE ALMEIDA EM CORNELIO PROCOPIO NO DIA 15/12/2021 (QUARTA FEIRA), COM SAÍDA 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 388/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 13/12/21

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 do Evento PLANIFICASUS Whorkshop de abertura no Centro Cultural Galdino de Almeida em Cornélio Procópio no dia **15/12/2021** (quarta-feira), com saída prevista as 07:30 horas, conforme convite 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

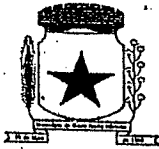

Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome

Assinatura

Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 3119/21
ps - 20/12/21
nº 5498

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

| | |
|--|--|
| Funcionário: <u>Aliné C. A. Almeida</u> | Cargo ou Função: <u>Enfermeira</u> |
| Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa: | Nota de Empenho Nº: Solicitação Nº: |
| DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ Nº DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____ | |
| TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____ | |

RESUMO DAS DESPESAS

| DATA | DIARIA | TRANSPORTE | OUTROS | TOTAL |
|---|--------|------------|--------|-----------|
| 15/12/21 | 40,00 | | | 40,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL | | | | |
| TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver) | | | | R\$ 40,00 |

| | | |
|--|---|---|
| Nome: <u>Aliné C. A. Almeida</u> Assinatura do Funcionário <u>16/12/21</u> | Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário | Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro |
|--|---|---|

| DATA | HISTÓRICO DO ITINERÁRIO |
|----------|---|
| 15/12/21 | Curso na 18ª R Saúde na cidade de Cornélio - Planifica SJS. |
| | |
| | |
| | |

Observações:

WORKSHOP DE ABERTURA DO PLANIFICASUS PR / 18ª REGIONAL DE SAÚDE.
 SESA - 18ª REGIONAL DE SAÚDE - CORNÉLIO PROCÓPIO

15/12/21

LISTA DE PRESENÇA

| Nº | NOME | TELEFONE | FUNÇÃO | MUNICÍPIO | ASSINATURA |
|----|----------------------------------|------------|------------|-----------------|------------|
| 24 | Emiquelli Gomes | 991356549 | SMS | Uraí | |
| 25 | Maurício Grimbini | 999216285 | Enf. | Uraí | |
| 26 | Edi Lora BU. Santos | 996097726 | A.C.S. | S.S. Anosia | |
| 27 | Inez Helena Sert | 999956094 | SSB | Al. Acolina | |
| 28 | Sueli Knapoff | 99141-6541 | Enfermeira | Cor. Própolis | |
| 29 | Dominique Julia | 99061-8800 | Quirador | N. A. da Colina | |
| 30 | Merisque Rosete Dias | 999304727 | Enfermeira | Novo - Jotima | |
| 31 | Paula August. Sali | 99928-3924 | SMS | Novo Jotima | |
| 32 | Marina C. Miranda Feludotto | 999099124 | Enfermeira | Andaraí | |
| 33 | Adriana Cap. S. B. Gaby Ferreira | 999094887 | SMS | Andaraí | |
| 34 | Edelaine G. da M. Nandi | 991592559 | Enfermeira | Andaraí | |
| 35 | Adriana N. de M. Costa | 99014274 | Enfermeira | Novo Jotima | |
| 36 | Yvone ZANNA CAZZA | 999889975 | Enfermeira | N. A. C. | |
| 37 | Alina C. B. Almeida | 99196-1558 | Enf. | N. Sta. Bárbara | |
| 38 | Terema Rey de Souza | 99103-3052 | SMS | N. Sta. Bárbara | |
| 39 | Danny Manuelle Laurício Moura | 99605-502 | Enf. | N. Sta. Bárbara | |
| 40 | | | | | |
| 41 | | | | | |
| 42 | | | | | |
| 43 | | | | | |
| 44 | | | | | |
| 45 | | | | | |
| 46 | | | | | |

PLANIFICASUS

WORKSHOP

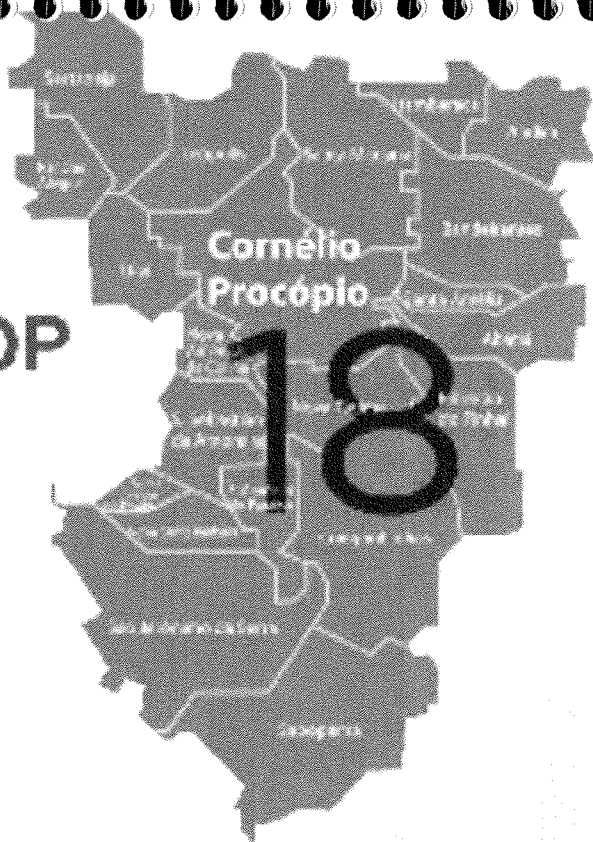
Temos a satisfação de convidar os senhores
(as) para o **Wokshop de Abertura
PlanificaSUS Paraná**
na 18ª Regional de Saúde:

Dia 15/12/2021 8h30

LOCAL:

Centro Cultural Galdino de Almeida (Teatro)
R. Paraíba, nº163, Centro,
Cornélio Procópio - PR.

Na ocasião os Exmos (as) Senhores (as) Prefeitos (as) assinarão o Termo de Adesão ao Programa de Planificação



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: | 20/12/2021 - 10:46:10 |
| Data da Operação: | 20/12/2021 |
| Código da Operação: | 57417888 |
| Chave de Segurança: | YAXM78FQQSF7THHS |
| Operação realizada com sucesso. | |