



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
5099	04/10/2022	5104	4747/2022	2990/2022	

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 _____
For. credor _____ Matrícula _____ CPF/CNPJ _____

DANIELA DOS REIS BUENO 41687-8 075.371.059-52

Endereço _____ Barro _____
Rua Manoel Antonio Teixeira QD 7 LT, 46 QD 7 LT 8

Cidade/UF _____ CEP _____ Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta _____
Wenceslau Braz/PR 84950-000 43999232946 Conta Corrente 237 57-4 4564-0

Classificação da despesa _____

2720 08 Secretaria Municipal de Saúde

08.001 Fundo Municipal de Saúde

10.301.0330.2024 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	00165495	04/10/2022	R\$ 40,00

Recibo _____

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 2990/2022.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

VILMA APARECIDA DOS SANTOS

ROSANA RUY DE SOUZA



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 LIQUIDAÇÃO

Número **4747/2022** Emitido em **28/09/2022** Requisição Nº _____ Empenho Nº **2990/2022**

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 **DANIELA DOS REIS BUENO** Matrícula **41687-8** CPF/CNPJ **075.371.059-52**
Endereço **Rua Manoel Antonio Teixeira QD 7 LT, 46** Bairro **QD 7 LT 8**
Cidade/UF **Wenceslau Braz/PR** CEP **84950-000** Fone **43999232946** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **4564-0**

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**
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Saldo à Liquidar R\$ 0,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2720 00324 Transferências de Outros Programas

Outras informações _____

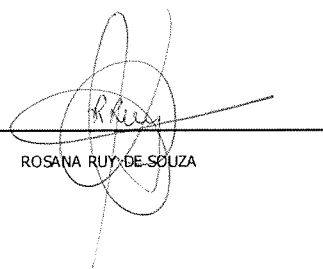
Retenções _____
Total de retenções R\$ 0,00
Valor líquido R\$ 40,00

Servidor que autorizou a liquidação _____
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Histórico _____
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A SERVIDORA DANIELA DOS REIS BUENO, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM A CIDADE DE CORNÉLIO PROCÓPIO/PR, PARA PARTICIPAÇÃO NO V ENCONTRO DE FORMAÇÃO DOS TUTORES MUNICIPAIS DO PLANIFICASUS PARANÁ, NA 18ª REGIONAL DE SAÚDE, NO DIA 30 DE SETEMBRO DE 2022.



Claudia Pereira da Silva
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 **2990/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **28/09/2022** 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 **DANIELA DOS REIS BUENO** Matrícula **41687-8** CPF/CNPJ **075.371.059-52**

Endereço **Rua Manoel Antonio Teixeira QD 7 LT, 46** Bairro **QD 7 LT 8**

Cidade/UF **Wenceslau Braz/PR** CEP **84950-000** Fone **43999232946** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **4564-0**

Classificação da despesa _____

08 Secretaria Municipal de Saúde	Saldo anterior
08.001 Fundo Municipal de Saúde	R\$ 4.800,00
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	R\$ 40,00
2720 00324 Transferências de Outros Programas	Saldo atual
Do Exercício	R\$ 4.760,00

Outras informações _____

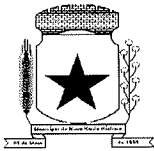
Histórico _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A SERVIDORA DANIELA DOS REIS BUENO, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM A CIDADE DE CORNÉLIO PROCÓPIO/PR, PARA PARTICIPAÇÃO NO V ENCONTRO DE FORMAÇÃO DOS TUTORES MUNICIPAIS DO PLANIFICASUS PARANÁ, NA 18ª REGIONAL DE SAÚDE, NO DIA 30 DE SETEMBRO DE 2022.

Claudia Pereira da Silva
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
Contador - CRC: 046096

ROSANA RUY DE SOUZA

C. 2990
PREFEITURA MUNICIPAL**NOVA SANTA BÁRBARA****CORRESPONDÊNCIA INTERNA****DE:** Secretaria Municipal de Saúde**Nº** 320/2022**PARA:** Secretaria de Administração**DATA:** 28/09/22**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 **Daniela dos Reis Bueno**, a qual irá participar do "V Encontro de Formação dos Tutores Municipais do PlanificaSUS Paraná, que será trabalhado sobre a Gestão do Cuidado e Preparação para o próximo Workshop", na 18ª Regional de Saúde em Cornélio Procópio no dia **30/09/2022** (sexta-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 Bradesco

Agência: 0057

Conta Corrente: 0004564-0


Rosana Ruy de Souza

Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome

Assinatura

Data

Ofício nº 038/DIR/18RS/SESA

Cornélio Procópio, 26 de setembro de 2022.

Da: 18ª Regional de Saúde /SCAPS

Para: Tutores Municipais da 18ª Regional de Saúde do PlanificaSUS Paraná

Assunto: Convite “V Encontro de Formação de Tutores do PlanificaSUS Paraná”

O PlanificaSUS Paraná tem como objetivo a organização da Atenção Primária a Saúde em rede com a Atenção Ambulatorial especializada, utilizando a metodologia da Planificação da Atenção Primária a Saúde, proposta pelo CONASEMS, em parceria com o Ministério da Saúde e Hospital Israelita Albert Einstein, para fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde no SUS.

Para dar continuidade nas ações convidamos os Tutores Municipais indicados pelo Secretário(a) Municipal de Saúde para participar do **“V Encontro de Formação dos Tutores Municipais do PlanificaSUS Paraná, que será trabalhado sobre a Gestão do Cuidado e Preparação para o próximo (e último deste ano) Workshop.**

A oficina acontecerá no dia 30 de setembro de 2022, das 8h30m até as 17h00m, na 18ª Regional de Saúde – Cornélio Procópio – PR.

Desde já agradecemos a participação e apoio de todos,

Atenciosamente,;


Eliana de Fátima Catussi Pinheiro
Diretora da 18ª Regional de Saúde

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	0910 / 006 / 00000272-7
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	FMS NOVA SANTA BAR ASSIST
CPF/CNPJ:	08.854.896/0001-88

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0057 / 00000004564-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	DANIELA DOS REIS BUENO
CPF/CNPJ:	075.371.059-52
Valor:	R\$ 40,00
Valor da tarifa:	R\$ 5,50
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	04/10/2022
Data / Hora da operação:	04/10/2022 15:42:15

Código da operação:	00165495
Chave de segurança:	973J3V258FEJV5SN

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104