



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 **1172** Data **12/04/2021** Previsão N° **1173** Liquidação N° **1110/2021** Empenho N° **685/2021** Requisição N°

Licitação _____
 Tipo **Sem licitação** Número _____
 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 **ROSANA RUY DE SOUZA** Matrícula **19-1** CPF/CNPJ **038.204.629-37**
 Endereço **RUA WALFREDO BITTENCOURT MORAES, 61 - CASA** Bairro **CENTRO**
 Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661252** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **574** Conta **500758-5**

Classificação da despesa _____
2700 08 Secretaria Municipal de Saúde
08.001 Fundo Municipal de Saúde
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde
3.3.90.14.14.03 AGENTES POLÍTICOS

Outras informações _____ Valor **R\$ 100,00**

Referências _____

Total de retenções **R\$ 0,00**
 Valor líquido **R\$ 100,00**


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

Recursos _____ Documento _____ Data _____ Valor _____
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 041201 12/04/2021 R\$ 100,00

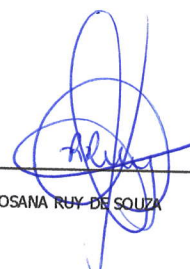
Recibo _____
 Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Cem Reais, referente ao pagamento do empenho número 685/2021.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____ / ____ / ____



 KATIA GARDENIA DOS SANTOS
 Tesoureira



 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 **1110/2021** Emitido em **08/04/2021** Requisição Nº _____ Empenho Nº **685/2021**

Licitação
Tipo **Sem licitação** Número _____

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 **ROSANA RUY DE SOUZA** Matrícula **19-1** CPF/CNPJ **038.204.629-37**
Endereço **RUA WALFREDO BITTENCOURT MORAES, 61 - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661252** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **574** Conta **500758-5**

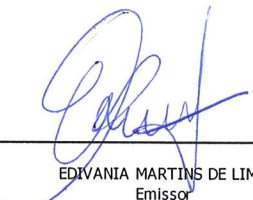
Classificação da despesa
08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo do empenho R\$ 100,00**
08.001 Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado R\$ 100,00**
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Saldo à liquidar R\$ 0,00**
3.3.90.14.14.03 AGENTES POLÍTICOS
2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Outras informações _____

Retenções
Total de retenções R\$ 0,00
Valor líquido R\$ 100,00

Servidor que autorizou a liquidação
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Histórico
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A SECRETÁRIA ROSANA RUY DE SOUZA, QUE IRÁ PARTICIPARA DE UMA REUNIÃO DO CISNOP (CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ), JUNTAMENTE COM AS SERVIDORAS VALÉRIA DA SILVA FREITAS E SARA MEDEIRO CORREA BITTENCOURT, NO DIA 09/04/2021, NO CENTRO CULTURAL GALDINO DE ALMEIDA, NA CIDADE DE CORNÉLIO PROCÓPIO - PR.


EDIVANIA MARTINS DE LIMA
Emissor


ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9



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 **685/2021** Tipo **Ordinário** Emitido em **08/04/2021** 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 **ROSANA RUY DE SOUZA** Matrícula **19-1** CPF/CNPJ **038.204.629-37**

Endereço **RUA WALFREDO BITTENCOURT MORAES, 61 - CASA** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661252** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **574** Conta **500758-5**

Classificação da despesa _____

08	Secretaria Municipal de Saúde	Saldo anterior
08.001	Fundo Municipal de Saúde	R\$ 85.670,00
10.301.0320.2025	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
3.3.90.14.14.03	AGENTES POLÍTICOS	R\$ 100,00
2700	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Do Exercício	Saldo atual
		R\$ 85.570,00

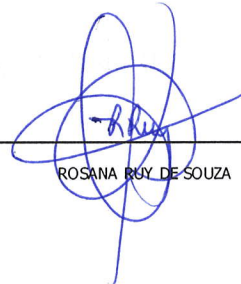
Outras informações _____

Histórico _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A SECRETÁRIA ROSANA RUY DE SOUZA, QUE IRÁ PARTICIPARA DE UMA REUNIÃO DO CISNOP (CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ), JUNTAMENTE COM AS SERVIDORAS VALÉRIA DA SILVA FREITAS E SARA MEDEIRO CORREA BITTENCOURT, NO DIA 09/04/2021, NO CENTRO CULTURAL GALDINO DE ALMEIDA, NA CIDADE DE CORNÉLIO PROCÓPIO - PR.


 EDIVANIA MARTINS DE LIMA
 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 115/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 08/04/21

ASSUNTO: Solicitação de Diária

Mediante autorização desta Secretaria Municipal de Saúde, solicito o empenho e pagamento de uma diária sem pernoite no valor de R\$ 100,00 (cem reais), para custear as despesas com alimentação para eu, **Rosana Ruy de Souza**, Secretária Municipal de Saúde, **Valéria da Silva Freitas** e **Sara Medeiro Correa Bittencourt**, agendadoras onde iremos participar de uma Reunião do CISNOP (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná) no dia **09/04/2021** (sexta-feira) no Centro Cultural Galdino de Almeida em Cornélio Procópio. Conforme convocação em anexo.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

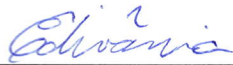
Dados Bancários:

Banco Bradesco
Agência: 0057 4
Conta Corrente: 0620758-8


Rosana Ruy de Souza

Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:



Nome



Assinatura

08 / 04 / 21

Data



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ – CISNOP
CNPJ N.º 00.126.737/0001-55

CONVOCAÇÃO

A Direção do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná – CISNOP, convoca os Senhores Secretários Municipais de Saúde e seus Agendadores para reunião, a saber:

Data: 09 de abril de 2021 (sexta-feira)
Horário: 08:00 às 12:00 horas
Local: Centro Cultural Galdino de Almeida
Rua Paraíba, 163 (anexo à Prefeitura de Cornélio Procópio – PR)
Assunto: Funcionamento dos setores do CISNOP

Por gentileza confirmar presença através do e-mail diretoria@cisnop.com.br ou por telefone (43) 3520-0101.

Cornélio Procópio, 30 de março de 2021.


CRISTINA D. MARTINS ALVES
Diretora Administrativa do CISNOP



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Rosana Ruy de Souza</i>	Cargo ou Função: <i>Secretária Mun. de Saúde</i>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 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\$ _____	

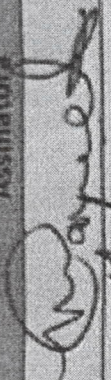





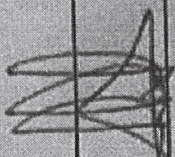
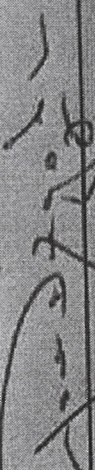
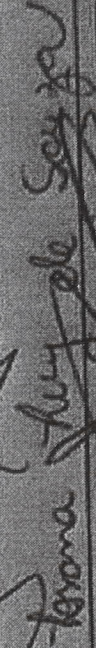
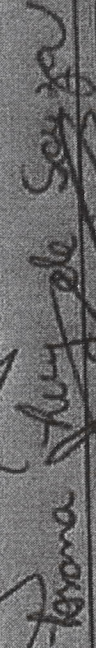
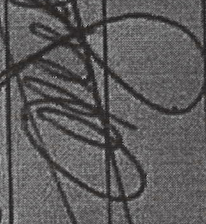



RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>09/04/21</i>	<i>100,00</i>			<i>100,00</i>
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ <i>100,00</i>

Nome: <i>Rosana Ruy de Souza</i> Assinatura do Funcionário <i>12/04/21</i>	Nome: <i>R. Ruy</i> Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro
---	--------------------------------------	-----------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>09/04/21</i>	<i>Reunião do CISNOP (Comitê Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná) referente ao funcionamento dos setores, para Secretários e Agendadores. Despesas com alimentação dos Agendadores Valéria da Silva Freitas, para médico Ceneia Bittencourt e Secretária de Saúde Rosana Ruy de Souza</i>

Observações:

Município	Secretário (a)	Assinatura
1 Abatia	Mara Cristina Carvalho	
2 Andira	Ednyra Aparecida Sanches Bueno de Godoy Ferreira	
3 Bandeirantes	Wanderson de Oliveira	
4 Congonhinhas	Ana Paula Roveri	
5 Cornélio Procopio	Graziela Andrade Olchaneski	
6 Itambaraca	Regiane da Silva Mendes Polizel	
7 Leopólis	Dulcineia de Souza Rocha	
8 Nova América da Colina	Alessi Nunes de Oliveira	
9 Nova Fátima	José Augusto Fabri	
10 Nova Santa Bárbara	Rosana Ruy de Souza	
11 Rancho Alegre	Mauro Aparecido da Silva	
12 Ribeirão do Pinhal	Nadir Sara Melo Fraga Cunha	
3 Santa Amélia	Bruna Machado Gobbo	
1 Santa Cecília do Pavão	Joao Wellington dos Santos	

Maquieta de Luis Campos Moutilla



Emissão de comprovantes

G3321212042903641
12/04/2021 12:10:20

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
12/04/2021 - AUTOATENDIMENTO - 12.10.20
2573902573 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
DOC ELETRONICO

CLIENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 17.915-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE
REMETENTE : FMS NOVA ST BARBARA - FUS
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0057-4 - ASSAI
CONTA: 620.758-8

FAVORECIDO: ROSANA RUY DE SOUZA
CPF/CNPJ: 038.204.629-37
VALOR: R\$ 100,00
DEBITO EM: 12/04/2021

=====

DOCUMENTO: 041201
AUTENTICACAO SISBB: B.E00.8CF.CA8.62A.364

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.