



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°
5588	03/11/2022	5594	5191/2022	3220/2022	

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 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 43991033052 Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
 Conta Corrente 237 57-4 620758-8

Classificação da despesa _____
 2710 08 Secretaria Municipal de Saúde
 08.001 Fundo Municipal de Saúde
 10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde
 3.3.90.14.14.03 AGENTES POLÍTICOS 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 _____
 00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 110305 03/11/2022 R\$ 40,00

Recibo _____
 Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 3220/2022.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

EDIVANIA MARTINS DE LIMA
 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 **5191/2022** Emitido em **27/10/2022** Requisição Nº _____ Empenho Nº **3220/2022**

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 **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 **43991033052** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620758-8**

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**
3.3.90.14.14.03 AGENTES POLÍTICOS
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

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 SECRETARIA DE SAUDE ROSANA RUY DE SOUZA, A QUAL IRA PARTICIPAR REUNIAO PARA TRATAR DE ASSUNTOS REFERENTE A ORGANIZAÇÃO DAS ETAPAS DAS CONFERENCIAS MUNICIPAIS DE SAUDE.


Eduardo do Socorro Araújo
Emissor


ROSANA RUY DE SOUZA

15/09

17995-9



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 **3220/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **27/10/2022** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____


Licitação _____ Tipo _____ Número _____
 Sem licitação _____
 Contrato/Aditivo _____ Aditivo _____ Início da vigência _____ Fim da vigência _____ Fim da vig. atualizada _____ Início da execução _____ Fim da execução _____ Fim da exe. atualizada _____
 Sequência _____ Contrato _____

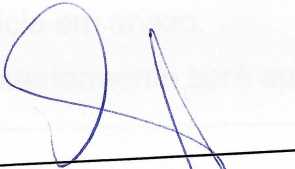
Credor _____ Matrícula _____ CPF/CNPJ _____
 Fornecedor **ROSANA RUY DE SOUZA** Matrícula **19-1** CPF/CNPJ **038.204.629-37**
 Endereço **RUA WALFREDO BITTENCOURT MORAES, 61 - CASA** Bairro **centro**
 Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **43991033052** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620758-8**

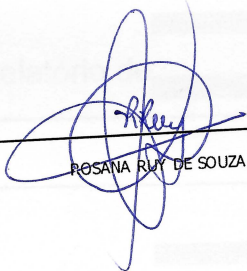
Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde
08.001 Fundo Municipal de Saúde
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde
3.3.90.14.14.03 AGENTES POLÍTICOS
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)
 Do Exercício

Saldo anterior
R\$ 16.030,00
 Valor empenhado
R\$ 40,00
 Saldo atual
R\$ 15.990,00

Outras informações _____
 Histórico _____
 ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A SECRETARIA DE SAUDE ROSANA RUY DE SOUZA, A QUAL IRA PARTICIPAR REUNIAO PARA TRATAR DE ASSUNTOS REFERENTE A ORGANIZAÇÃO DAS ETAPAS DAS CONFERENCIAS MUNICIPAIS DE SAUDE


 Eduardo do Socorro Araújo
 Emissor


 LAURITA DE SOUZA CAMROS ALMEIDA
 Contador - CRC: 046096


 ROSANA RUY DE SOUZA



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 354/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 27/10/22

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 mim, **Rosana Ruy de Souza**, Secretária Municipal de Saúde, onde irei participar da Reunião para tratar de assuntos referente a organização das Etapas das Conferências Municipais de Saúde que deverão ser realizadas entre os meses de novembro de 2022 à março de 2023, na 18ª Regional de Saúde em Cornélio Procópio no dia **31/10/2022** (segunda-feira), com a saída prevista as 07:30 horas. Segue ofício 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

27 / 10 / 22
Data

Ofício nº 16/2022

De: Direção da 18ª Regional de Saúde - Cornélio Procópio

Para: Secretários, Técnicos Municipais e os Presidentes dos Conselhos Municipais de Saúde /18ª RS.


Cornélio Procópio, 27 de outubro de 2022.

Assunto: Organização das Etapas das Conferências Municipais de Saúde.

Considerando as regras relativas à realização da **17ª Conferência Nacional de Saúde**, vimos através deste, informar que no dia **31/10/2022** às **8h30min** será realizada uma Reunião no anfiteatro da 18ª RS para tratar de assuntos referente à organização das **Etapas das Conferências Municipais de Saúde** que deverão ser realizadas entre os meses de novembro de 2022 à março de 2023, para tanto convocamos os Secretários, Técnicos Municipais e os Presidentes dos Conselhos Municipais de Saúde de abrangência da 18ª Regional de Saúde.

Sem mais para o momento, antecipadamente agradecemos pela colaboração e atenção.

Atenciosamente.


Eliana de Fátima Catussi Pinheiro
Diretora da 18ª RS

Antônio José Silva Cardoso
Assessor DWGS - 18ª RS



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

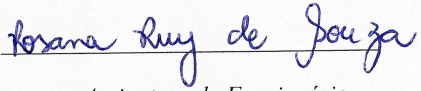
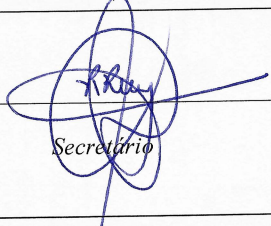
E 3220/22
Pg 03111
n.º 5588.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

<i>Funcionário:</i> ROSANA RUY DE SOUZA	<i>Cargo ou Função:</i> SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
<i>Órgão: Secretaria Municipal de Saúde</i> <i>Unidade Administrativa:</i>	<i>Nota de Empenho N.º:</i> <i>Solicitação N.º</i>
<i>DESPEZA REALIZADA COM RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM:</i> ____/____/____ <i>NUMERO DA CORRESPONDENCIA INTERNA:</i> _____	
<i>TOTAL DO ADIANTAMENTO:</i> _____	

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
31/10/2022	40,00			40,00
TOTAL				40,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				

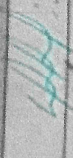


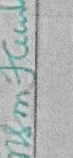
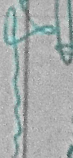


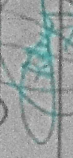
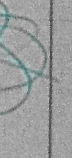
RESUMO DAS DESPESAS

<i>Nome:</i>  <i>Assinatura do Funcionário</i> 03/11/2022	<i>Nome:</i>  <i>Secretário</i>	<i>Nome:</i> _____ <i>Assinatura do Tesoureiro</i>
---	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
31/10/2022	Despesas com alimentação para participação de Reunião para tratar de assuntos referente a organização das Etapas das Conferências Municipais de Saúde na 18ª Regional de Saúde em Cornélio Procópio.

Organização Conferências Municipais de Saúde

Data: 31/10/2022 Local: - Anfiteatro 18RS

Nº	Nome Completo	Cargo / Função	RG	Telefone	Entidade / Município	Assinatura
1	ODINEI PAULO VENÂNCIO	Enfermeiro	4.293.890-4	999636451	Saúde	
2	NATHAN ARAÚJO PINSON	ADMINISTRATIVO	10.026.766-1	996056678	SAUDE	
3	EVANILR PEREIRA	ENFERMEIRA	5.951.707-4	996333055	S.M.S. Rib. Pinhal	
4	NADIA SARA MELO FRAGA CUNHA	S.M.S.	10.56.573.1	999867539	S.M.S. Rib. Pinhal	
5	MIRIA MADALENA G. OLIVEIRA	Presidente	1.056.6118	35511486	Rib. do Peão	
6	Aureli C. G. Almeida	Enfermeiro	7.720.3044	95196-1557	NOVA SITA BARBOSA	
7	Daniela dos Reis Bunes	Enfermeira	11.035.208-8	999232546	Nova Sita Barbosa	
8	Fernanda Ruy de Carvalho Teixeira	Secretaria do CM	7.207.133-6	991125207	Nova Sita Barbosa	
9	Fernanda Ruy de Souza	S.M.S.	8.280.702-0	99303-3052	Nova Sita Barbosa	
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/11/2022 - AUTOATENDIMENTO - 15.27.45
2573902573 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 17.915-9

=====

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

FAVORECIDO: ROSANA RUY DE SOUZA
CPF/CNPJ: 038.204.629-37
VALOR: R\$ 40,00
DEBITO EM: 03/11/2022

=====

DOCUMENTO: 110305
AUTENTICACAO SISBB: 8.78D.22A.9BC.86C.E73