



# 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
2553	16/07/2021	2659	2495/2021	1544/2021	

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

Creditor	Matrícula	CPF/CNPJ			
Remetente ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA	34890-2	034.594.249-31			
Endereço RUA JASMIN, 135 - CASA		Bairro JARDIM MURIAE			
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

Remetente que autorizou o pagamento \_\_\_\_\_  
254730 - ROSANA RUY DE SOUZA  
Recursos \_\_\_\_\_  
00004 - Transferências de Outros Programas  
Conta bancária 272 - FMS NOVA SANTA  
Documento 74757861  
Data 16/07/2021  
Valor R\$ 40,00

Recebo \_\_\_\_\_  
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 1544/2021.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nova Santa Bárbara, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

KATIA GARDENIA DOS SANTOS  
Tessoureira

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 <b>2495/2021</b>	Emitido em <b>15/07/2021</b>	Requisição Nº	Empenho Nº <b>1544/2021</b>				
Licitação Tipo Sem licitação	Número						
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

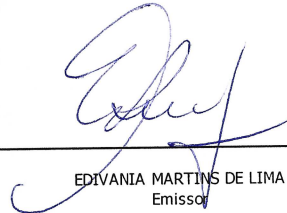
Credor Prestador <b>ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA</b>	Matricula <b>34890-2</b>	CPF/CNPJ <b>034.594.249-31</b>				
Endereço <b>RUA JASMM, 135 - CASA</b>	Bairro <b>JARDIM MURIAE</b>					
Cidade/UF Assal/PR	CEP <b>86250-000</b>	Fone <b>43991961557</b>	Tipo de conta bancária <b>Conta Poupança</b>	Banco <b>104</b>	Agência <b>910-5</b>	Conta <b>44310-6</b>

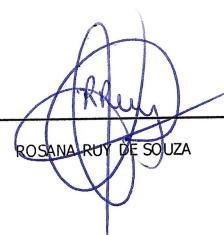
Classificação da despesa	Saldo do empenho
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 40,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde	
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor liquidado <b>R\$ 40,00</b>
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	
2710 00324 Transferências de Outros Programas	Saldo à Liquidar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


Outras informações	Total de retenções
	R\$ 0,00
	Valor líquido
	<b>R\$ 40,00</b>

Servidor que autorizou a liquidação  
**ZS4730 - ROSANA RUY DE SOUZA**

Histórico  
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A FUNCIONÁRIA ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA, QUE IRÁ PARTICIPAR DE UM EVENTO SOBRE RASTREAMENTO DE CONTATOS DO NOTIFICA COVID-19, NO ANFITEATRO DA UENP - CAMPUS CORNÉLIO PROCÓPIO-PARANÁ, NO DIA 16 DE JULHO DE 2021, COM SAÍDA PREVISTA AS 07:00 HORAS.

  
EDIVANIA MARTINS DE LIMA  
Emissor

  
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 EMPENHO

Nº: 1544/2021 Tipo: Ordinário Emitido em: 15/07/2021 Requisição Nº: Req. Compra Nº:

Localização: Número:

Contrato/Aditivo: Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Destinatário: ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA Matrícula: 34890-2 CPF/CNPJ: 034.594.249-31

Endereço: RUA JASMM, 135 - CASA Bairro: JARDIM MURIAE

Cidade/UF: CEP: 86250-000 Fone: 43991961557 Tipo de conta bancária: Conta Poupança Banco: 104 Agência: 910-5 Conta: 44310-6

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 5.720,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde	
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 Do Exercício	Saldo atual
	R\$ 5.680,00

Outras informações:

Histórico:  
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A FUNCIONÁRIA ALINE CAMPOS GONÇALVES ALMEIDA, QUE IRA PARTICIPAR DE UM EVENTO SOBRE RASTREAMENTO DE CONTATOS DO NOTIFICA COVID-19, NO ANFITEATRO DA UENP - CAMPUS CORNELIO PROCÓPIO-PARANÁ, NO DIA 16 DE JULHO DE 2021, COM SAÍDA PREVISTA AS 07:00 HORAS.

EDIVANZA MARTINS DE LIMA  
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA  
Contador - CRC: 046096

ROSANA RUY DE SOUZA

Recebido por:



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

## CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 225/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 15/07/21

**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 Rastreamento de Contatos do Notifica Covid-19 no anfiteatro da UENP - Campus Cornélio Procópio no dia **16/07/2021** (sexta-feira), com saída prevista as 07:30 horas. Conforme Ofício em anexo.

Pagar com o Recurso da Fonte 324.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

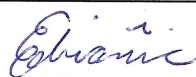
Banco Econômica Federal

Agência: 0910

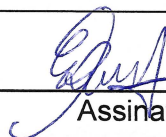
Conta Poupança: 0044310-6

  
Rosana Ruy de Souza  
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:



Nome



Assinatura

15 / 07 / 21

Data

2710  
34890  
1544  
949

Ofício 056/DVVGS/18RS

Cornélio Procópio, 14 de julho de 2021

**Ao secretário(a) municipal de saúde e responsável pelo rastreamento de contatos do município.**

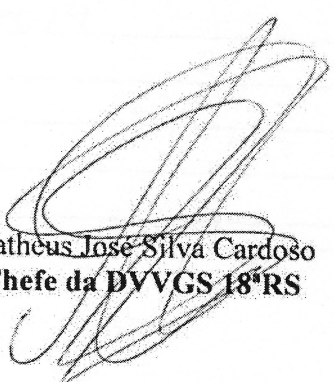
Prezados:

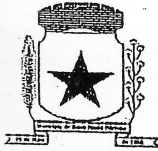
Por meio da Divisão de Vigilância em Saúde e Seção de Atenção Primária em Saúde a 18ª Regional de Saúde vem através de este convidá-los a participarem do evento sobre **RASTREAMENTO DE CONTATOS** do Notifica Covid-19, que será realizado dia 16/07/21 no anfiteatro da Universidade UENP Campus - Rodovia PR 160, km 0 - Cornélio Procópio, com horário inicial as 09h00min, ministrado pelo consultor da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) Rafael França, apoiador desta Regional de Saúde no rastreamento.

O evento terá o objetivo de apoio aos municípios nas principais dificuldades encontradas no dia-a-dia, sendo assim pedimos para que os responsáveis pelo rastreamento de contatos tragam suas dúvidas e colocações para explanação após apresentação do ministrante.

Ressaltando a grande importância desta ferramenta no combate a pandemia no estado e municípios, contamos com a participação de todos.

Cordialmente;

  
Matheus Jose Silva Cardoso  
Chefe da DVVGS 18ªRS



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Leine C. G. Almeida</u>	Cargo ou Função: <u>Enfermeira</u>
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
<u>16/07/21</u>	<u>40,00</u>			<u>40,00</u>
<b>TOTAL</b>				
<b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b>				<b>R\$</b>

Nome: <u>Leine C. G. Almeida</u> Assinatura do Funcionário <u>16/07/21</u>	Nome: <u>[Signature]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	--	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<u>16/07/21</u>	<u>Curso na 13ª Regional de Saúde - Monitoramento Covid-19</u>

Observações:

Capacitação: Rastreamento de Contato de NOTIFICA COVID-19.



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ SECRETARIA DA SAÚDE

Data: 26/04/2023.

NOME	Função	Município	e-mail	Assinatura
1 Rosilene L. Magalhães de Sauf	Agente administrativa	Luizópolis	rosilene306@gmail.com	
2 Simone Ap. de Melo Rezende	Agente Saúde (agente)	Simone	Simonecheyre@hotmail.com	
3 Juliana Landeira Cerri	Enfermeira Atend Pop	Itaipava	juulianacerri@hotmail.com	
4 D. Jéssica Leites Jofre	Sec de Epidemiologia	Itaipava	jeffersonleitesjofre@hotmail.com	
5 Zeni de Campos	ENF. CRIDE AIOGEM	Rib. do Pinhal	zenidecampos@gmail.com	
6 Keila do Carmo de Aguiar	Enfermeira	Rib. do Pinhal	keila-bianco@hotmail.com	
7 Rosaneide A. Dutra	Enfermeira	Sta. Rosa	Saudeesp@hotmail.com	
8 Michelle Soares de Pa	IO, M. Saúde	Sta. C. Alves	michelle.soares@outlook.com	
9 Dine C.G. Almeida	Enfermeira	NOVA STA BARBARA	dine.almeida@hotmail.com	
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

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:	16/07/2021 - 13:40:39
Data da Operação:	16/07/2021
Código da Operação:	74757861
Chave de Segurança:	S2PH30FGU23K6Z9X
<b>Operação realizada com sucesso.</b>	