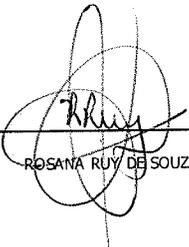




Município de Nova Santa Bárbara - PR

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°	
4228	25/10/2021	4232	3947/2021	2444/2021		
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						
ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA			Matrícula	CPF/CNPJ		
			34890-2	034.594.249-31		
Endereço						
RUA JASMIM, 135 - CASA			Bairro			
			JARDIM MURIAE			
Cidade/UF						
Assaí/PR			CEP	Fone	Tipo de conta bancária Banco Agência Conta	
			86250-000	43991961557	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						
00324 - Transferências de Outros Programas		Conta bancária 272 - FMS NOVA SANTA		Documento	Data	Valor
				89367155	25/10/2021	R\$ 40,00
Recibo						
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 2444/2021.						
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 **3947/2021** Emitido em **20/10/2021** Requisição Nº _____ Empenho Nº **2444/2021**

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

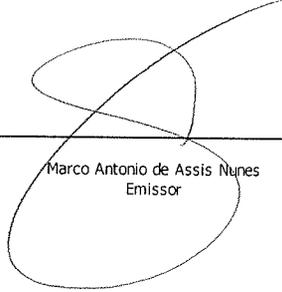
Credor _____
 Fornecedor **ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA** Matrícula **34890-2** CPF/CNPJ **034.594.249-31**
 Endereço **RUA JASMIM, 135 - CASA** Bairro **JARDIM MURIAE**
 Cidade/UF **Assaí/PR** CEP **86250-000** Fone **43991961557** Tipo de conta bancária **Conta Poupança** Banco **104** Agência **910-5** Conta **1300044310-6**

Classificação da despesa _____
 08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho
 08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 40,00
 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 DE UMA REUNIAO SOBRE O NOVO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMARIA EM SAUDE - PREVINE BRASIL NO ANFITEATRO DA UENP - CAMPUS CORNELIO PROCOPIO NO DIA 22/10/2021 (SEXTA FEIRA), COM SAIDA PREVISTA AS 07:30 HORAS DO DIA 22 DE OUTUBRO DE 2021.


 Marco Antonio de Assis Nunes
 Emissor


 ROSANA RUY DE SOUZA

272-7
 Copiada



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 **2444/2021** Tipo Ordinário Emitido em 20/10/2021 Requisição Nº Req. Compra Nº

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 **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 Banco Agência Conta
 Conta Poupança 104 910-5 1300044310-6

Classificação da despesa
 08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior R\$ 5.640,00
 08.001 Fundo Municipal de Saúde
 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado R\$ 40,00
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
 2710 00324 Transferências de Outros Programas Do Exercício Saldo atual R\$ 5.600,00

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 DE UMA REUNIAO SOBRE O NOVO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMARIA EM SAUDE - PREVINE BRASIL NO ANFITEATRO DA UENP - CAMPUS CORNELIO PROCOPIO NO DIA 22/10/2021 (SEXTA FEIRA), COM SAIDA PREVISTA AS 07:30 HORAS DO DIA 22 DE OUTUBRO DE 2021.

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 319/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 20/10/21

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 uma reunião sobre Novo Financiamento da Atenção Primária em Saúde - **PREVINE BRASIL** no anfiteatro da UENP - Campus Cornélio Procópio no dia **22/10/2021** (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: Mauro

Nome

[Assinatura]
Assinatura

20 / 10 / 21
Data

Memo. Circular n.º SCAPS/09/2021

Cornélio Procópio, 13 de outubro de 2021.

Da: 18ª Regional de Saúde /SCAPS

Para: SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Prezados(as) Secretário Municipal de Saúde

Assunto: Novo Financiamento da Atenção Primária em Saúde – PREVINE BRASIL.

Considerando o Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária em Saúde - APS no âmbito do SUS, determinado pela Portaria 2.979 de Novembro de 2019 trazendo novas propostas com relação ao trabalho desenvolvido pela APS.

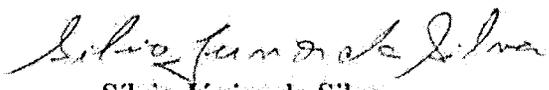
Com objetivo de sistematizarmos as ações na abrangência da 18ª RS convidamos para uma reunião que acontecerá no dia **22 de Outubro de 2021 às 09h00m**, no Auditório da Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP, PR 160, Km 0 (saída para Leopólis), Cornélio Procópio.

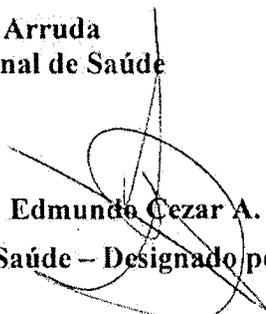
O convite destina-se ao Secretário(a) Municipal de Saúde, a um enfermeiro(a) da Atenção Primária, um técnico responsável pelo E-SUS AB (e/ou Sistema próprio) e um ACS.

“É obrigatório o uso da máscara!”

Atenciosamente,


Erika Roberto Marino de Arruda
Enfermeira SCAPS - 18ª Regional de Saúde


Silvio Júnior da Silva
Chefe SCAPS 18ª Regional de Saúde


Edmundo Cezar A. Verona
Diretor 18ª Regional de Saúde – Designado pela Resolução SESA nº 0729/2021



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 2444/21

Pg 25/10

nº 4228

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Aline C.A. Almeida</i>	Cargo ou Função: <i>Enfermeira ESF</i>
Órgão: 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>22/10/21</i>	<i>40,00</i>	<i>Sandalo</i>		<i>40,00</i>
<i>22/10/21</i>				
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				RS 40,00

Nome: <i>Aline C.A. Almeida</i> Assinatura do Funcionário <i>27/10/21</i>	Nome: <i>[Signature]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	---	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>22/10/21</i>	<i>Reuniao na 18ª R. Saúde na cidade de Cornélio Procopio para discutir mutas alcançadas do Plano Brasil.</i>

Observações:

CAPACITAÇÃO INDICADORES DE DESEMPENHO "PREVINE BRASIL" - 22 DE OUTUBRO DE 2021
18ª REGIONAL DE SAÚDE - CORNELIO PROCOPIO

LISTA DE PRESENÇA

Nº	NOME	TELEFONE	FUNÇÃO	MUNICIPIO	ASSINATURA
1	Alcides José Silva Almeida	43 35 20 55 2 2	Coordenador de Saúde Bucal	CO/S/ESAIBMS	
2	Quimya M. Rousseau Moura	43 99 60 5 4 0 8	Enf. Epidemiologia	N. S. Barbana	
3	Thomaz Luiz de Souza	43 93 10 3 - 30 5 2	S. M. S.	N. S. Barbana	
4	Juane C. G. Almeida	9 9 1 9 6 - 1 5 5 7	Enf. E.S.T.	N. S. Barbana	
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

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:	25/10/2021 - 14:47:35
Data da Operação:	25/10/2021
Código da Operação:	89367155
Chave de Segurança:	J5XW2R20GYXUUTX5
Operação realizada com sucesso.	