



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 **4793** Data **23/09/2022** Previsão N° **4800** Liquidação N° **4566/2022** Empenho N° **2853/2022** Requisição N°

Licitação _____
Tipo _____ Número _____

Sem licitação

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 _____

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 _____

2710

08 Secretaria Municipal de Saúde

08.001 Fundo Municipal de Saúde

10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde

3.3.90.14.14.01 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

00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303

092301

23/09/2022

R\$ 40,00

Recibo _____

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 2853/2022.

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 **4566/2022** Emitido em **21/09/2022** Requisição Nº _____ Empenho Nº **2853/2022**

Licitação _____ Número _____
 Tipo **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 JASMM, 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**
 10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado**
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 40,00**
 2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) **Saldo à Liquidar**
R\$ 0,00

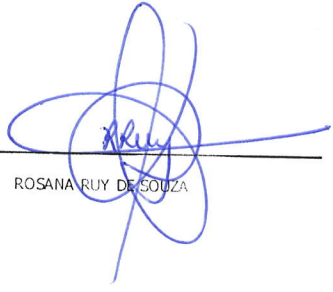
Outras informações _____

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 A SERVIDORA ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM A CIDADE DE CORNÉLIO PROCÓPIO/PR, PARA PARTICIPAÇÃO EM REUNIÃO TÉCNICA DE AVALIAÇÃO PRELIMINAR DAS AÇÕES PACTUADAS NO PROGRAMA PRO/PR, NA 18ª REGIONAL DE SAÚDE, NO DIA 23 DE SETEMBRO DE 2022.


 EDIVANIA MARTINS DE LIMA
 Emissor


 ROSANA RUY DE SOUZA

1791959



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 **2853/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **21/09/2022** 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 JASMM, 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**

em 08.001 Fundo Municipal de Saúde Saldo anterior **R\$ 26.110,00**

10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado **R\$ 40,00**

3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Saldo atual **R\$ 26.070,00**

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


Do Exercício

Outras informações _____

Histórico _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A SERVIDORA ALINE CAMPOS GONÇALVES ALMEIDA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM A CIDADE DE CORNÉLIO PROCÓPIO/PR, PARA PARTICIPAÇÃO EM REUNIÃO TÉCNICA DE AVALIAÇÃO PRELIMINAR DAS AÇÕES PACTUADAS NO PROGRAMA PRO/PR, NA 18ª REGIONAL DE SAÚDE, NO DIA 23 DE SETEMBRO DE 2022.


 EDIVANIA MARTINS DE LIMA
 Emissor


 LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
 Contador - CRC: 046095


 ROSANA RUY DE SOUZA



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 306/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 21/09/22

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 **Aline Campos Gonçalves Almeida**, a qual irá participar da Reunião Técnica de Avaliação Preliminar das Ações Pactuadas no Programa ProVigia/PR, na 18ª Regional de Saúde em Cornélio Procópio no dia **23/09/2022** (sexta-feira), com a saída prevista as 07:30 horas. Segue ofício em anexo.

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

21 / 09 / 22

Data

Ofício Circ. 043/DVVGS/22
Substitui o Of. Circ. 042/DVVGS/22

Cornélio Procópio, 14 de setembro de 2022.

Ilmo (a) Sr. (a):

Secretário (a) Municipal de Saúde /Com vistas ao público alvo abaixo denominado

Prezado (a) Senhor (a):

Cumprindo o disposto na Resolução SESA/PR n.º 1.102/2021 art. 3.º incisos IV e V, art. 6.º § 1.º e 2.º e art. 7.º. **CONVOCAMOS** os 21 municípios para a **Reunião Técnica de Avaliação Preliminar das Ações Pactuadas no Programa ProVigia/PR**, que acontecerá no auditório da 18.ª Regional de Saúde, conforme segue:

Dia: 23 de setembro de 2022

Horário: Das 08h30min às 16h00min

Local: Auditório da 18.ª Regional de Saúde – Cornélio Procópio

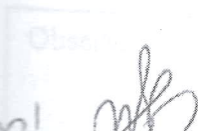
Público alvo:

- Secretário (a) Municipal ou o (a) Diretor (a) de Saúde
- Coordenadores das Vigilâncias (Sanitária e Saúde do Trabalhador, Ambiental e Epidemiológica)
- Coordenador (a) da Atenção Primária em Saúde
- Resp. pelos sistemas de informação ou agravos citados nos indicadores (quando não for o coordenador)

Importante:

- Seguem (somente por meio eletrônico: e-mail) a (s) planilha (s) contendo os resultados parciais das metas atingidas nos 12 indicadores avaliados pela equipe regional. Cada Em cada uma delas consta o período avaliado.
- Anotem as contestações e/ou dúvidas para serem discutidas e encaminhadas ao longo da reunião. Caso pretendam contestar algum resultado, tragam documentos comprobatórios da mesma fonte de dados referenciada na Deliberação CIB/PR 341/2021.
- Dúvidas quanto aos resultados podem ser esclarecidas com o técnico de referência do indicador na Regional de Saúde ou com a chefia imediata do mesmo.
- Tragam em meio digital ou impressas a Delib. CIB/PR 341/2021 e a Lista das Referências Técnicas da RS.
- Fica facultativo o uso de máscara e para otimizar o tempo e o processo de trabalho, procurem não se atrasar.
- Os investimentos financeiros com a participação da equipe, podem ser com recurso da fonte: Programa ProVigia/PR, saldo remanescente do Programa VIGIASUS ou Teto de Vigilância em Saúde.
- Qualquer imprevisto, tratar com Matheus ou Maria Helena.

Atenciosamente.


Matheus José Silva Cardoso
Chefe da DVVGS/18.ª RS


Eliana de Fátima C. Pinheiro
Diretora da 18.ª Regional de Saúde
Cornélio Procópio - Paraná


Matheus José Silva Cardoso
Chefe DVVGS - 18ª RS



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Quine C G Almeida</u>	Cargo ou Função: <u>Enfermeiro ESF</u>
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
<u>23/09/22</u>	<u>40,00</u>			<u>40,00</u>
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ <u>40,00</u>

Nome: <u>Quine C G Almeida</u> Assinatura do Funcionário <u>27/09/22</u>	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<u>23/09/22</u>	<u>Reunião técnica do Programa de Avaliação Preliminar das Ações Partilhadas no Programa Estadual de Fortalecimento de Vigilância em Saúde (Pro Vigil SUS) no Município de Cordeiro Procópio.</u>

Observações:

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o (a) gestor (a)/profissional Aline Campos Gonçalves Almeida participou da **Reunião Técnica de Avaliação Preliminar das Ações Pactuadas no Programa Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (ProVigia/PR)**, realizada nesta data na 18.^a Regional de Saúde de Cornélio Procópio, com carga horária de 08 horas, estando ciente e de acordo com os encaminhamentos nela realizados sobre a pauta.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente Declaração.

Cornélio Procópio, 23 de setembro de 2022.



Matheus José Silva Cardoso

Chefe da Divisão de Vigilância em Saúde - DVVGS

18.^a Regional de Saúde



Emissão de comprovantes

G3322310475560471
23/09/2022 10:52:02

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
23/09/2022 - AUTOATENDIMENTO - 10.52.02
2573902573 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

4704
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: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0910-5 - ASSAI
CONTA: 300.044.310-6

FAVORECIDO: ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA
CPF/CNPJ: 034.594.249-31
VALOR: R\$ 40,00
DEBITO EM: 23/09/2022

=====

DOCUMENTO: 092301
AUTENTICACAO SISBB: 1.CC5.DEB.33D.298.BF3

Classif
2710

10.3

3.3

Outras inf

Balanco

Servico

254730

Requisico

0200

Racdo

Racdo

Racdo

Racdo