



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 PAGAMENTO

Número	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
1083	31/03/2021	1083	989/2021	657/2021	

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 4332625031 Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Poupança 104 910-5 44310-6

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 Valor R\$ 40,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções R\$ 0,00
Valor líquido R\$ 40,00

Recursos	Documento	Data	Valor	
00324 - Transferências de Outros Programas	Conta bancária 272 - FMS NOVA SANTA	38622291	31/03/2021	R\$ 40,00

Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 657/2021.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tessoureira

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 **989/2021** Emitido em **29/03/2021** Requisição Nº _____ Empenho Nº **657/2021**

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 **ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA** **34890-2** **034.594.249-31**
Endereço **RUA JASMIM, 135 - CASA** Bairro **JARDIM MURIAE**
Cidade/UF _____ CEP _____ Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Assaí/PR _____ 86250-000 4332625031 Conta Poupança 104 910-5 44310-6

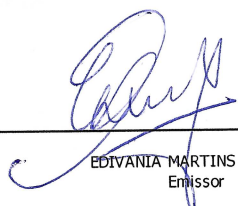
Classificação da despesa _____ Saldo do empenho _____
08 Secretaria Municipal de Saúde **R\$ 40,00**
08.001 Fundo Municipal de Saúde _____ Valor liquidado _____
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **R\$ 40,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS _____ Saldo à Liquidar _____
2710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

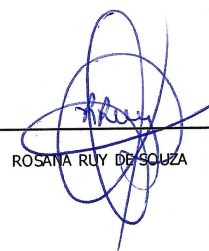
Outras informações _____

Retenções _____ Total de retenções _____
R\$ 0,00
Valor liquidado _____
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 DEPESA COM ALIMENTAÇÃO À SERVIDORA ALINE CAMPOS GONÇALVES ALMEIDA QUE IRÁ PARTICIPAR DE UMA CAPACITAÇÃO SOBRE MONITORAMENTO DE CONFIRMADOS E SUSPEITOS DE COVID-19, NO ANFITEATRO DA UENP - CAMPUS NA CIDADE DE CORNÉLIO PROCÓPIO-PARANÁ, DIA 30 DE MARÇO DE 2021 COM SAIDA PREVISTA AS 07:30 HORAS.


EDIVANIA MARTINS DE LIMA
Emissor


ROSANA RUY DE SOUZA

272-2



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 **657/2021** Tipo **Ordinário** Emitido em **29/03/2021** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

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

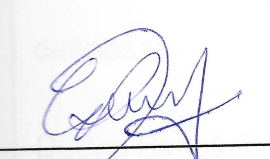
Credor _____ Fornecedor **ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA** Matrícula **34890-2** CPF/CNPJ **034.594.249-31**
 Endereço **RUA JASMIM, 135 - CASA** Bairro **JARDIM MURIAE**
 Cidade/UF **Assaí/PR** CEP **86250-000** Fone **4332625031** Tipo de conta bancária **Conta Poupança** Banco **104** Agência **910-5** Conta **44310-6**

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 6.000,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde	
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 40,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	
2710 00324 Transferências de Outros Programas Do Exercício	R\$ 5.960,00
	Saldo atual

Outras informações

Histórico

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DEPESA COM ALIMENTAÇÃO À SERVIDORA ALINE CAMPOS GONÇALVES ALMEIDA QUE IRÁ PARTICIPAR DE UMA CAPACITAÇÃO SOBRE MONITORAMENTO DE CONFIRMADOS E SUSPEITOS DE COVID-19, NO ANFITEATRO DA UENP - CAMPUS NA CIDADE DE CORNÉLIO PROCÓPIO-PARANÁ, DIA 30 DE MARÇO DE 2021 COM SAÍDA PREVISTA AS 07:30 HORAS.


 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 104/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 29/03/21

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 a uma capacitação de Monitoramento de Confirmados e Suspeitos de COVID-19 no anfiteatro da UENP – Campus Cornélio Procópio no dia 30/03/2021 (terça-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

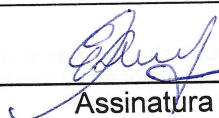
Conta Corrente: 0044310-6


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:



Nome



Assinatura

29 / 03 / 21

Data

Cornélio Procópio, 25 de março de 2021.

De: DVVGS/ Epidemiologia- 18ª Regional de Saúde- Cornélio Procópio
Para: Secretários (as) Municipais de Saúde.

Assunto: Capacitação Monitoramento de Confirmados e Suspeitos COVID-19.

Convidamos VSª e Dois técnicos responsáveis pelo monitoramento de casos confirmados e suspeitos de COVID-19 á participarem do evento relacionado a essa ação.

Data: 30/03/2021

Horário: 09h00min às 12h30min

Local: s/n Rodovia PR 160, Km 0, Cornélio Procópio – PR.

Programação:

Responsável:	Tema:	Tempo:
Claudio Cordeiro da Siva Filho	Abertura	9:15
Dr. Claudio Hirai	Contextualização da Pandemia Covid-19, importância do monitoramento	9:30
Dr. Ricardo Castanho Moreira	Roteiro de Monitoramento	9:45
Enfª Josenira Martelli	Olhar ampliado Planilha One Drive-Monitoramento	11:00
Dr. Romeu	Experiência Exitosa no Monitoramento-Município de Sapopema	11:30
Equipe 18ª Regional de Saúde	Esclarecimento de Dúvidas	12:00



Matheus José Silva Cardoso
Chefe da DVVGS/18ª RS



Claudio Cordeiro da Silva Filho
Diretor da 18ª Regional de saúde



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 6571
Pg 31/03/21
nº 1083

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Aline C. A. Almeida</u>	Cargo ou Função: <u>Enfermeiro</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>30/03/21</u>	<u>40,00</u>			<u>40,00</u>
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ <u>40,00</u>

Nome: <u>Aline C. A. Almeida</u> Assinatura do Funcionário <u>30/03/21</u>	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<u>30/03/21</u>	<u>Curso na 18ª R. de Saúde para real</u> <u>ca) do curso de monitoramento de</u> <u>plataformas confirmadas e suspeito por</u> <u>Covid 19.</u>

Observações:

Capacitação: Monitoramento de confirmados e Suspeitos COVID 19.



GOVERNO
DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

Data: _____

	NOME	Função	Município	e-mail	Assinatura
1	Isma Elean Pereira	Enfermeira	Conceição das	supacere@hotmail.com	[Assinatura]
2	Ayumi C. A. Almeida	Enfermeira	Nova Santa Bárbara	ayumi.almeida@zip.net	[Assinatura]
3	DAISY W. dos Santos	SEC SAÚDE	Sta Cecília	1wellington@hotmail.com	[Assinatura]
4	Bruno Rafael Mendes	Enfermeiro	Conceição das	bruno.court@hotmail.com	[Assinatura]
5	Eliziana de Carvalho	Tec. Epidemiologia	Sto. N. Paraisópolis	epidemio_bep@outlook.com	[Assinatura]
6	Juliana Caroline Boni	Enfermeira	Nova Fátima	julianacaroni@hotmail.com	[Assinatura]
7	Juliana Leoni Junior	Téc. Infermeiro	Nova Fátima	julianaleoni@outlook.com	[Assinatura]
8	Alexandre Roberto Silva	Coord. Vigilância	Santa Maria	alexandr2017@lud.com.br	[Assinatura]
9	Ana Carolina C. de Julia	Monitoramento	Sto. Inácio	ana.carolinac@outlook.com	[Assinatura]
10	Rosângela Brito	Coordenadora	S. J. do Povo	rosangelin@yaho.com	[Assinatura]
11	Lucas K.M. Furumane	Enfermeiro	S. J. do Povo	lucaskm@outlook.com	[Assinatura]
12	Luciane de Cássia Meira	Aux. enfermagem	Obatim	luciane@outlook.com	[Assinatura]
13	Ammanuel V. Costa Misk	Infermeiro	ABATIÓ	ammanuel.vcosta@outlook.com	[Assinatura]
14	Guenny M. Lourenço Moura	Enfermeira	N. Sta. Bárbara	guenny.moura@gmail.com	[Assinatura]
15	Fabiani Ap. de J. Condioto	enf.	S. S. A	FABIANI_82@HOTMAIL.COM	[Assinatura]
16					
17					

IMPRIMIR FECHAR

CAIXA**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:	31/03/2021 - 15:21:44
Data da Operação:	31/03/2021
Código da Operação:	38622291
Chave de Segurança:	FQW52MJGP8KT5M0L
Operação realizada com sucesso.	