



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°
253	30/01/2023	259	158/2023	140/2023	

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 **DANIELA DOS REIS BUENO** Matrícula 41687-8 CPF/CNPJ 075.371.059-52

Endereço Rua Manoel Antonio Teixeira QD 7 LT, 46 Bairro QD 7 LT 8

Cidade/UF Wenceslau Braz/PR CEP 84950-000 Fone 43999232946 Tipo de conta bancária Conta Corrente Banco 237 Agência 57-4 Conta 4564-0

Classificação da despesa _____

2850 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	
00324 - Transferências de Outros Programas	Conta bancária 272 - FMS NOVA SANTA	00150050	30/01/2023	R\$ 40,00


Recibo _____

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 140/2023.

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 **158/2023** Emitido em **24/01/2023** Requisição N° _____ Empenho N° **140/2023**

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 **DANIELA DOS REIS BUENO** Matrícula **41687-8** CPF/CNPJ **075.371.059-52**
Endereço **Rua Manoel Antonio Teixeira QD 7 LT, 46** Bairro **QD 7 LT 8**
Cidade/UF **Wenceslau Braz/PR** CEP **84950-000** Fone **43999232946** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **4564-0**

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**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2850 00324 Transferências de Outros Programas


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 ENFERMEIRA DANIELA DOS REIS BUENO, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, POIS IRÁ PARTICIPAR DO PRIMEIRO ENCONTRO DO AMBULATÓRIO EM SAÚDE MENTAL - CISNOP, NA 18ª REGIONAL DE SAÚDE, NA CIDADE DE CORNÉLIO PROCÓPIO-PR, NO DIA 31 DE JANEIRO DE 2023.


EDIVANÍA MARTINS DE LIMA
Emissor


ROSANA RUY DE SOUZA

272-7



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 **140/2023** Tipo Ordinário Emitido em 24/01/2023 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 **DANIELA DOS REIS BUENO** Matrícula 41687-8 CPF/CNPJ 075.371.059-52

Endereço Rua Manoel Antonio Teixeira QD 7 LT, 46 Bairro QD7 LT 8

Cidade/UF Wenceslau Braz/PR CEP 84950-000 Fone 43999232946 Tipo de conta bancária Conta Corrente Banco 237 Agência 57-4 Conta 4564-0

Classificação da despesa

08 Secretaria Municipal de Saúde	Saldo anterior
08.001 Fundo Municipal de Saúde	R\$ 4.000,00
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	R\$ 40,00
2850 00324 Transferências de Outros Programas	Saldo atual
Do Exercício	R\$ 3.960,00

Outras informações

Histórico

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A ENFERMEIRA DANIELA DOS REIS BUENO, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, POIS IRÁ PARTICIPAR DO PRIMEIRO ENCONTRO DO AMBULATÓRIO EM SAÚDE MENTAL - CISNOP, NA 18ª REGIONAL DE SAÚDE, NA CIDA DE DE CORNÉLIO PROCÓPIO-PR, NO DIA 31 DE JANEIRO DE 2023.

EDIVANIA MARTINS DE LIMA
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
Contador - CRC: 046096

ROSANA RUI DE SOUZA



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 022/2023

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 24/01/23

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 **Daniela dos Reis Bueno**, a qual irá participar do Primeiro Encontro do Ambulatório em Saúde Mental – CISNOP, na 18ª Regional de Saúde em Cornélio Procópio no dia **31/01/2023** (terça-feira), com a saída prevista as 07:30 horas. Segue ofício em anexo.

Pagar com o **Recurso da Fonte 324. Conta: 272-7**

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Bradesco

Agência: 0057

Conta Corrente: 0004564-0


Rosana Ruy de Souza

Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome

Assinatura

Data

AME
PARANÁ

CISN  **OP**
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ

QUALI
CIS

Cornélio Procópio, 16 de janeiro de 2023.

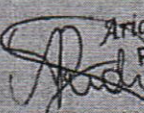
Da: Equipe ambulatorial de saúde mental

Para: **Todas as referências técnicas em saúde mental da 18° Regional de Saúde do Paraná (municípios, CAPS II, CAPS AD, leitos psiquiátricos e regional de saúde).**

Vimos por meio deste convidá-los para o **Primeiro Encontro do Ambulatório em Saúde Mental - CISNOP**, com o objetivo de apresentar a equipe, o serviço e a dinâmica dos atendimentos.

A ser realizado no dia **31 de janeiro de 2023**, as 08:30 horas, no Auditório da 18° Regional de Saúde.

Atenciosamente,


Ariane Fernandes Redi
Psicóloga CISNOP
CRP: 08/22655

Ariane Fernandes Redi

Coordenadora do Programa QUALICIS

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná - CISNOP
Ambulatório Médico de Especialidades (AME)
Rua Bahia, 30, Cornélio Procópio-PR | CEP: 86300-000
Fone: (43) 3904-1509 | e-mail: coordena.ame@gmail.com

**2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível**

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	0910 / 006 / 00000272-7
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	FMS NOVA SANTA BAR ASSIST
CPF/CNPJ:	08.854.896/0001-88

Banco:	237 - BANCO BRADESCO S/A - 60746948
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0057 / 00000004564-0
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	DANIELA DOS REIS BUENO
CPF/CNPJ:	075.371.059-52
Valor:	R\$ 40,00
Valor da tarifa:	R\$ 11,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	30/01/2023
Data / Hora da operação:	30/01/2023 14:35:58

Código da operação:	00150050
Chave de segurança:	XE7ACCLWEVJPXTXR

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104