



# 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: **1509** Data: **29/03/2023** Previsão N°: **1550** Liquidação N°: **1289/2023** Empenho N°: **823/2023**

Licitação: \_\_\_\_\_  
 Tipo: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Semlicitação

Contrato/Aditivo: \_\_\_\_\_  
 Sequência: Contrato Aditivo: \_\_\_\_\_ Início da vigência: \_\_\_\_\_ Fim da vigência: \_\_\_\_\_ Fim da vig. atualizada: \_\_\_\_\_ Início da execução: \_\_\_\_\_ Fim da execução: \_\_\_\_\_ Fim da exec. atualizada: \_\_\_\_\_

Credor: \_\_\_\_\_

Fornecedor: **DANIELA DOS REIS BUENO** Matrícula: **41687-8** CPF: **075.371.059-52**

Endereço: **Rua Manoel Antonio Teixeira QD 7 LT, 46** Bairro: **OD 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: \_\_\_\_\_  
**00321 - Transferências de Outros Programas** Conta bancária **272 - FMS NOVA SANTA** **00115659** **29/03/2023** **R\$ 40,00**

Recibo: \_\_\_\_\_

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 823/2023.

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

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

  
 \_\_\_\_\_  
 KATIA EARDENIA 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 **1289/2023** Emitido em **24/03/2023** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Empenho Nº **823/2023**

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 **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  
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado R\$ 40,00**  
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS  
2850 00324 Transferências de Outros Programas **Saldo à Liquidar R\$ 0,00**


### Outras informações

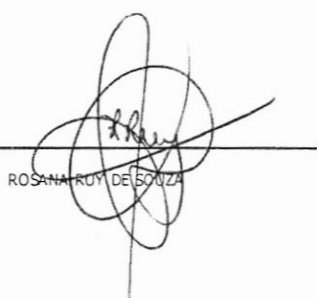
### Retenções

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 A ENFERMEIRA DANIELA DOS REIS BUENO, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, POIS IRÁ PARTICIPAR DO SEGUNDO ENCONTRO DO AMBULATÓRIO EM SAÚDE MENTAL - CISONP, NA 18ª REGIONAL DE SAÚDE, NA CIDADE DE CORNÉLIO PROCÓPIO-PR, NO DIA 27 DE MARÇO DE 2023.

  
EDIVANJA MARTINS DE LIMA  
Emissor

  
ROSANA RUY DE SOUZA

272-3



# 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 **823/2023** Tipo Ordinário Emitido em 24/03/2023 Requisição N° Req Compra N°

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 Banco Agência Conta  
Conta Corrente 237 57-4 4564-0


Classificação da despesa 08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior R\$ 6.340,00  
08.001 Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado R\$ 40,00  
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Saldo atual R\$ 6.300,00  
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS  
2850 00324 Transferências de Outros Programas Do Exercício

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 SEGUNDO ENCONTRO DO AMBULATÓRIO EM SAÚDE MENTAL - CISNOP, NA 18ª REGIONAL DE SAÚDE, NA CIDADE DE CORNÉLIO PROCÓPIO-PR, NO DIA 27 DE MARÇO DE 2023.

  
EDIVANINA 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** 087/2023

**PARA:** Secretaria de Administração

**DATA:** 24/03/23

**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 Segundo Encontro do Ambulatório em Saúde Mental - CISNOP, na 18ª Regional de Saúde em Cornélio Procópio no dia **27/03/2023** (segunda-feira). Segue convite 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:

Adriano  
Nome

Assinatura

24/03/23  
Data

**AME**  
**PARANÁ**

**CISNOP**  
CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ

**QUALI**  
**CIS**

Cornelio Procopio, 13 de março de 2023.


Da Equipe ambulatorial de Saúde do Idoso

Para Todas as referências técnicas em saúde mental da 18ª Regional de Saúde do Paraná

Vimos por meio deste convidá-los para o **Segundo Encontro do Ambulatório em Saúde mental - CISNOP**, com o objetivo de apresentar a Estratificação de Risco de Saúde Mental e as Diretrizes do Programa

A ser realizado no dia **27 de março de 2023**, as 13:00 horas, no Auditório da 18ª Regional de Saúde

Atenciosamente,

  
Ariane Fernandes Rodi

Coordenadora do Programa QUALICIS

Art. 13  
psicóloga  
CRP 0872

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




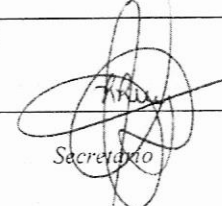
PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**NOVA SANTA BÁRBARA**  
ESTADO DO PARANÁ

**DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO**

Funcionário: <b>Daniela dos Reis Bueno</b>	Cargo ou Função: <b>SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>
Órgão: <i>Secretaria Municipal de Saúde</i> Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: ___/___/___ NUMERO DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: _____	

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
27/03/2023	40,00			40,00
<b>TOTAL</b>				<b>40,00</b>
<b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b>				

**RESUMO DAS DESPESAS**

Nome:  Assinatura do Funcionário 29/03/23	Nome:  Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro
---	--	-----------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
27/03/2023	Encontro do Ambulatório Médico de Especialidade (CISNOP) Linha de cuidado: SAÚDE MENTAL

**ENCONTRO DO AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES – CISNOP**

Lista de presença 27/03/2023

Linha de Cuidado: Saúde Integral

NOME	FUNÇÃO	MUNICÍPIO	TELEFONE	E-MAIL
Luiza de Jesus Mendes Redy	Psicóloga	CISNOP	43 984048056	amoraudi@gmail.com
Genelha Almeida Campos Cortes	Téc. Infermeiros	CISNOP	43 991963729	
Isadora S. Berberds	Integradora de Saúde	CISNOP	43 998047513	isadora.berberds@hotmail.com
Camilo Francisco Rom R3	Médico	CISNOP	43 556923151	camilofrancisco@psl.com
Marciane de Mena Gomes	Psicóloga	18º RS	11 9996133771	mariane.gomes@200.pf.gov.br
Cébera K. Schmidt	Enfermeira	Bandeirantes	43-9997070817	deberaschmittcp@gmail.com
Marcilene de Faria Nardi	Enfermeira	Santa Antonia do Paraíso	43 984324208	marcilene@psl.com
Marcia Maria da Silva Antas	ACS	Santa Antonia do Paraíso	(43) 996040116	marciamaria@gmail.com
Carmande Amanda B. Benesi	Estagiária de TICS	CISNOP	43 999156998	carmande@psl.com
Amândeo Petrelli Sacramento	SM72	SCP	43 9911674116	amandede@psl.com
Thamara L. de Oliveira	Enfermeira	S.C.P	43 999923420	thamara@psl.com
Vanessa dos Reis Bueno	Enfermeira	U.S.B.	43 999232746	vanessa@psl.com

RESTAURANTE DOM JOAQUIM LTDA  
CNPJ: 12.643.878/0001-24 IE: 9054014322  
AV MINAS GERAIS, 599 CENTRO

DANFE NFC-e - Documento Fiscal

Nota Fiscal

Código	Unit	Qtd	Valor Unit	Valor Total
SEM GT		40,00		40,00

Qtd. Total 40  
Valor Total R\$ 40,00  
FORMA PAGAMENTO  
Cheque 40,00

INFORMACOES ADICIONAIS  
Inf. Tributos Totais Incididos: 38

Caixa:001 Operador:HIL  
\*\* PEDIDO NUM: 69361

**EMISSAO NORMAL**

Número:55087 Série:1 Data de Emissão:27/03/2023 12:37:57

- Via: e-mail

Código: pela Chave

<http://nfce.fazenda.pr.gov.br/cod>

**CHAVE DE ACESSO**

4123 0312 6438 7600 0124 6500 1001 0550 8711 9491 0715

**CONSUMIDOR**

CNPJ:95.561.080/0001-80

Protocolo: 1415001 Data: 27/03/2023 12:37:57



RESTAURANTE DOM JOAQUIM LTDA  
CNPJ: 12.643.878/0001-24 IE: 9054014322  
AV MINAS GERAIS, 599 CENTRO

DANFE NFC-e - Documento Fiscal

Nota Fiscal

Código	Unit	Qtd	Valor Unit	Valor Total
SEM GT		40,00		40,00

Qtd. Total 40  
Valor Total R\$ 40,00  
FORMA PAGAMENTO  
Cheque 40,00

INFORMACOES ADICIONAIS  
Inf. Tributos Totais Incididos: 8

Caixa:001 Operador:HIL  
\*\* PEDIDO NUM: 69361

**EMISSAO NORMAL**

Número:55087 Série:1 Data de Emissão:27/03/2023 12:37:57

- Via: e-mail

Código: pela Chave

<http://nfce.fazenda.pr.gov.br/cod>

**CHAVE DE ACESSO**

4123 0312 6438 7600 0124 6500 1001 0550 8711 9491 0715

**CONSUMIDOR**

CNPJ:95.561.080/0001-80

Protocolo: 1415001 Data: 27/03/2023 12:37:57





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

Gerenciador Financeiro CAIXA

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

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

<b>Data de débito:</b>	29/03/2023
<b>Data / Hora da operação:</b>	29/03/2023 10:36:59

<b>Código da operação:</b>	00115659
<b>Chave de segurança:</b>	PWZU6N4XC23ZV2NT

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