

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

Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
04/02/2021	301	297/2021	234/2021	

Número

Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Matrícula CPF/CNPJ
39669-9 072.989.679-08

Bairro
CENTRO

CEP Fone Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
86240-000 32668050 Conta Corrente 001 2573-9 14996-9

MANUELLI LOURENCO DE MOURA

WALFREDO LUIZ BATISTA, 547 - CASA

Amoreira/PR

08 Secretaria Municipal de Saúde

08.001 Fundo Municipal de Saúde

0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde

14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

Valor
R\$ 40,00

Total de retenções
R\$ 0,00

Valor líquido
R\$ 40,00

Documento Data Valor
000014996 04/02/2021 R\$ 40,00

0000 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303

do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 234/2021.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tessoureira

RÓSANA 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

Emissão: 02/02/2021
 Emitido em: 02/02/2021
 Requisição N°: _____
 Empenho N°: 234/2021

Número: _____
 Aditivo: _____
 Início da vigência: _____ Fim da vigência: _____ Fim da vig. atualizada: _____
 Início da execução: _____ Fim da execução: _____ Fim da exe. atualizada: _____

Nome: DIENNY MANUELLI LOURENCO DE MOURA
 Matrícula: 39669-9 CPF/CNPJ: 072.989.679-08
 Endereço: Walfredo Luiz Batista, 547 - CASA
 Bairro: CENTRO
 CEP: 86240-000 Fone: 32668050
 Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 001 Agência: 2573-9 Conta: 14996-9

Classificação da despesa	Saldo do empenho
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 40,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde	
08.001.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor liquidado R\$ 40,00
08.001.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	Saldo a liquidar R\$ 0,00
08.001.14.14.01.00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	

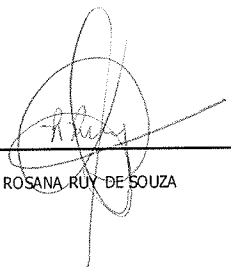
Informações: _____
 Total de retenções: R\$ 0,00
 Valor líquido: R\$ 40,00

Assessor que autorizou a liquidação: ROSANA RUY DE SOUZA

IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DEPESA COM ALIMENTAÇÃO À SERVIDORA DIENNY MANUELLI LOURENCO DE MOURA QUE IRÁ PARTICIPAR DE UMA CAPACITAÇÃO EM TREINAMENTO DE CONTATO NO SISTEMA DE COVID-19, NO ANFITEATRO DA UENP - CAMPUS NA CIDADE DE MARACÁI PROCÓPIO-PARANÁ, DIA 04 DE FEVEREIRO DE 2021 COM SAIDA PREVISTA AS 07:30 HORAS.



 Claudia Pereira da Silva
 Emissor



 ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9

BR
 00 2573-9
 01 14996-9

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

Tipo Emitido em Requisição Nº Req. Compra Nº
Ordinário 02/02/2021

Número

Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Matrícula CPF/CNPJ
39669-9 072.989.679-08

Bairro
CENTRO

CEP Fone Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
86240-000 32668050 Conta Corrente 001 2573-9 14996-9

08 Secretaria Municipal de Saúde

Saldo anterior
R\$ 99.700,00

08.001 Fundo Municipal de Saúde

Valor empenhado
R\$ 40,00

00320 2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde

00330 14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

Saldo atual
R\$ 99.660,00

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

Do Exercício

Informações

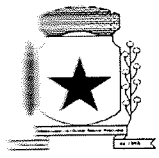
IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DEPESA COM ALIMENTAÇÃO À SERVIDORA MANUELLI LOURENCO DE MOURA QUE IRÁ PARTICIPAR DE UMA CAPACITAÇÃO SOBRE RA STREAMENTO DE CONTA TO NO SISTEMA COVID-19. NO ANFITEATRO DA UENP - CAMPUS NA CIDADE DE CORNÉLIO PROCÓPIO-PARANÁ, DIA 04 DE FEVEREIRO DE 2021 COM INÍCIO PREVISTA AS 07:30 HORAS.

Claudia Pereira da Silva
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
Contador - CRC: 046096

ROSANA RUY DE SOUZA

233



PREFEITURA MUNICIPAL NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº41/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA:02/02/2021

ASSUNTO: Pagamento de Diária – Dienny Manuelli Lourenço de Moura

Mediante autorização desta Secretaria Municipal de Saúde, solicito o empenho e pagamento no valor de **40,00 (quarenta reais)**, para custear com despesas de alimentação para Enfermeira Dienny Manuelli Lourenço de Moura o qual irá a uma capacitação sobre: Rastreamento de contato no sistema NOTIFICA COVID-19 no anfiteatro da UENP – Campus Cornélio Procópio no dia 04/02/21 com saída prevista as 07:30 hrs.

• Dados Bancário

Banco Brasil
Conta Corrente: 2573-9
Agencia: 14996-9

789


Rosana Ruy de Souza
Secretária de Saúde

Recebido por: Abacis P. J. S. Abacis P. J. S. 02/02/21
Nome Assinatura Data

Ofício Circ. n.º 017/2021/SCVGE/DVVGS18RS

Cornélio Procópio, 01 de fevereiro de 2021.

Aos Secretários (as) Municipais de Saúde

Assunto: Capacitação Rastreamento de Contatos Covid -19.

Considerando o avanço da pandemia pelo aumento do número de casos, conseqüentemente número de internações e óbitos, faz-se necessário o monitoramento de contatos/suspeitos de COVID-19 como forma de prevenção e controle da doença.

Nesse intuito a 18ª Regional de Saúde, junto com a equipe do nível central da SESA estará realizando no dia 04 de fevereiro de 2021, das 09:00 às 12:00 hs, no anfiteatro da UENP- Campus Cornélio Procópio, uma capacitação sobre: Rastreamento de contato no sistema NOTIFICA COVID-19

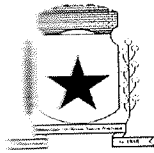
Convocamos o responsável desse sistema como Técnico da Epidemiologia e Atenção Primária em Saúde conforme planilha abaixo, informada pelos senhores (as):

Município	Técnico Epidemiologia	APS
Acariá	Jacqueline C. de Lima Nogueira	Priscila Crespo Lourenço
Andaraí	Mayara Oliveira Miranda Paludetto	Thiago José Norberto Costa
Bandeirantes	Luana Angélica da Silveira Trindade	Silvia Cristina Guidi Bitencourt
Congonhinhas	Bruno Rafael Donola	Rafael Rodrigues da Silva
Cornélio Procópio	Alessandra Ito	Franciellen Aparecida Sales
Itambaracá	Vanusa Cerqueira da Silva	Karin Letícia Rosseto Meneguel
Leópolis	Fernanda Maria da Silva	Tatiane Matos de Almeida
Nova A. da Colina	Andreza Cristina Fronja	Andreza Valeria Vitor
Nova Fátima	Débora Gonçalves Dério	Rosenilda Leite de Oliveira Proença
Nova Santa Bárbara	Dienny Manuelli L. de Moura	Aline Campos Gonçalves Almeida
Rancho Alegre	Jackline Morelato Bergamine	Lais Fátima Toneze
Ribeirão do Pinhal	Kátia do Carmo Ito Bianconi	Sheyla Cristina de Souza Chaves Fernandes
Santa Amélia	Maria Lucia Rodrigues Cruz	Luan Jose Vilalva
Santa Cecília do Pavão	Júlio César Cestálio	Rosemeiry Aparecida Rubio
Santa Mariana	Vanessa Cafeiro de Toledo	Ana Carolina Campagnucci da Silva
Santo A. do Paraíso	Eliana Kashiwabara Oizumi	Valquíria Mariucci Campos
São Jerônimo da Serra	Fabbiany Aparecida de Oliveira	Genais Cristina Sutil
São Seb. da Amoreira	Fabiani Aparecida da Silva Candioto	Maysa Rosa Pereira Lima
Sapopema	Cristiane Zampieri Rocha	Dayana Bispo Mello
Sertaneja	Cristianni Leme Barboza	Kleiton Henrique Ceciliato
Uraí	Andreza Mayara da Silva	Roseli Edna Santana

Visando as medidas sanitárias de prevenção e distanciamento físico, faremos nesse anfiteatro considerando o espaço físico, com possibilidades de distanciamento entre os profissionais.


Tatiana Garcia Souza
Chefe da SCVGE


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



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

18 09/02

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Danny Marulli Lourenço de Moura</i>	Cargo ou Função: <i>MOTORISTA</i> <i>Enfermeira</i>
Orgão: <i>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</i> Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
Dotação Orçamentária: Especificação: _____	
TOTAL DO RESSARCIMENTO: <i>40,00 (quarenta reais)</i>	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>04/02/21</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL				<i>40,00</i>

TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)

Nome: <i>Danny</i>	Nome: <i>R. Lourenço</i>	Nome:
Assinatura do Funcionário <i>18/02/21</i>	Secretário	Assinatura do Tesoureiro

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>04/02/21</i>	<i>Rastreamento de contatos no sistema Notificações COVID-19 - (OCNP - Conselho Procepio)</i>

	NOME	Função	Município	e-mail	Assinatura
20	Fabiano Cij. Oliveira	Sec. Epidemiol.	St. Jacec	br.peter@br.com	<i>[Signature]</i>
21	Gertrudes Maria da Silva	Enfermeira	Reópolis	gertrudes@reopolis.com	<i>[Signature]</i>
22	Tatiane Nates de Almeida	Sec. de Inf.	Reópolis		Tatiane Almeida
23	Dianny M.C. de Moura	Enfermeira	U. Sta. Bárbara	dianny.moura@cmrc.com	Dianny
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					

11:19:19
0001

SEGUNDA VIA
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

AGENCIAMENTO: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 17.915-9

DATA DA TRANSFERENCIA 04/02/2021
NUM. DOCUMENTO 552.573.000.014.996
VALOR TOTAL 40,00

TRANSFERIDO PARA:
AGENCIAMENTO: DIENNY M LOURENCO MOURA
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 14.996-9
NUM. DOCUMENTO 552.573.000.017.915

VALIDACAO 4.75A.F06.B48.B7E.C55