



# 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 **487** Data **10/02/2022** Previsão N° **487** Liquidação N° **497/2022** Empenho N° **340/2022** Requisição N°

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 **DIENNY MANUELLI LOURENCO DE MOURA** Matrícula **39669-9** CPF/CNPJ **072.989.679-08**  
Endereço **RUA JUN ARAKAWA MENDES GII, 0 - CASA** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **São Sebastião da Amoreira/PR** CEP **86240-000** Fone **43996054008** Tipo de conta bancária **Conta Poupança** Banco **104** Agência **910-5** Conta **1300037473-2**

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**

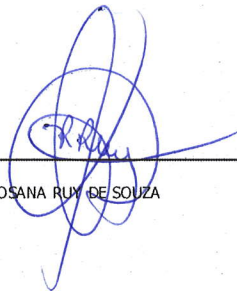
Recursos \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_  
**00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 021001 10/02/2022 R\$ 40,00**

Recibo \_\_\_\_\_  
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 340/2022.

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

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

  
\_\_\_\_\_  
KATIA GARDENIA DOS SANTOS  
Tesoureira

  
\_\_\_\_\_  
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 **497/2022** Emitido em **09/02/2022** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Empenho Nº **340/2022**

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 \_\_\_\_\_

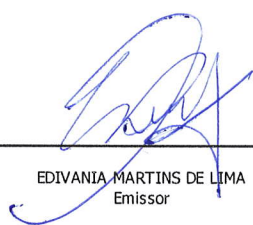
Credor \_\_\_\_\_  
Fornecedor **DIENNY MANUELLI LOURENÇO DE MOURA** Matrícula **39669-9** CPF/CNPJ **072.989.679-08**  
Endereço **RUA JUN ARAKAWA MENDES GIL, 0 - CASA** Bairro **CENTRO**  
Cidade/UF **São Sebastião da Amoreira/PR** CEP **86240-000** Fone **43996054008** Tipo de conta bancária **Conta Poupança** Banco **104** Agência **910-5** Conta **1300037473-2**

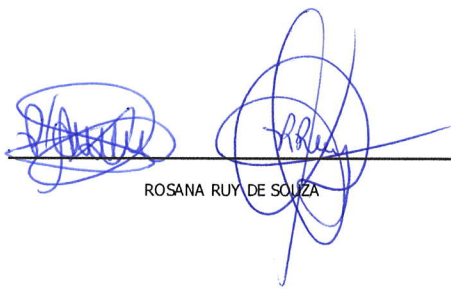
Classificação da despesa _____		
08 Secretaria Municipal de Saúde		Saldo do empenho
08.001 Fundo Municipal de Saúde		R\$ 40,00
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde		Valor liquidado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		<b>R\$ 40,00</b>
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 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 DIÁRIA PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO PARA A ENFERMEIRA DIENNY MANUELLI LOURENÇO DE MOURA, QUE IRÁ PARTICIPAR DA "V CONFERENCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL DO PARANÁ", NO DIA 11 DE FEVEREIRO DE 2022, NA UENP CAMPOS CORNÉLIO PROCÓPIO-PR.

  
EDIVANIA MARTINS DE LIMA  
Emissor

  
ROSANA RUY DE SOUZA

179159



# 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 **340/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **09/02/2022** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Req. Compra Nº \_\_\_\_\_

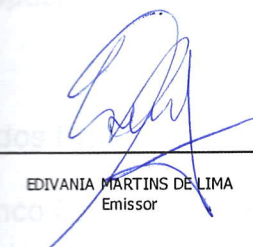
Licitação \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_  
 Sem licitação \_\_\_\_\_  
 Contrato/Aditivo \_\_\_\_\_  
 Sequência Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor \_\_\_\_\_  
 Fornecedor **DIENNY MANUELLI LOURENCO DE MOURA** Matrícula **39669-9** CPF/CNPJ **072.989.679-08**  
 Endereço **RUA JUN ARAKAWA MENDES GII, 0 - CASA** Bairro **CENTRO**  
 Cidade/UF **São Sebastião da Amoreira/PR** CEP **86240-000** Fone **43996054008** Tipo de conta bancária **Conta Poupança** Banco **104** Agência **910-5** Conta **1300037473-2**

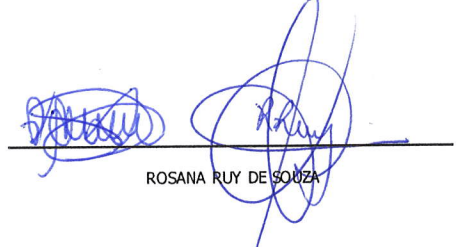
Classificação da despesa \_\_\_\_\_  
 08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior  
 08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 96.280,00  
 10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado  
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 40,00**  
 2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo atual  
 Do Exercício R\$ 96.240,00

Outras informações \_\_\_\_\_

Histórico \_\_\_\_\_  
 ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO PARA A ENFERMEIRA DIENNY MANUELLI LOURENÇO DE MOURA, QUE IRÁ PARTICIPAR DA "V CONFERENCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL DO PARANÁ", NO DIA 11 DE FEVEREIRO DE 2022, NA UENP CAMPOS CORNÉLIO PROCÓPIO-PR.

  
 EDIVANIA MARTINS DE LIMA  
 Emissor

  
 LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA  
 Contador - CRC: 046096

  
 ROSANA RUY DE SOUZA

Dados \_\_\_\_\_  
 Banco \_\_\_\_\_  
 Agência \_\_\_\_\_  
 Conta \_\_\_\_\_  
 Recebido \_\_\_\_\_  
 Emissão \_\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

## CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 041/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 09/02/22

**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 **Dienny Manuelli Lourenço de Moura**, a qual irá participar da **V Conferência Estadual de Saúde Mental do Paraná**, no dia **11/02/2022** (sexta-feira) na UENP Campus Cornélio Procópio - PR. Segue Ofício em anexo.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Caixa Econômica Federal

Agência: 0910-013

Conta Poupança: 37473-2

  
Rosana Ruy de Souza  
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: \_\_\_\_\_

Nome

Assinatura

Data

Ofício n.º 05 /2022

Cornélio Procópio 26 de Janeiro de 2022.

De: Direção 18ª Regional de Saúde/ Conselho Estadual de Saúde

Para: Secretários(as) Municipais de Saúde

Considerando a **V Conferência Estadual de Saúde Mental do Paraná**, e a etapa regional que será realizada no dia 11/02/2022, às 08:00 horas, na UENP Campus Cornélio Procópio-PR, com o objetivo de debater temas relevantes para o campo da Saúde Mental e a **Política de Saúde Mental como Direito pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS**, com os diversos setores da sociedade, e indicar novos desafios para a melhoria do cuidado em saúde mental, devendo contemplar o desenvolvimento de ações intersetoriais, com ênfase nos direitos humanos, assistência social, educação, cultura, justiça, trabalho e esporte, entre outros, encaminhamos conforme anexo, convocação aos Presidentes dos Conselhos Municipais de Saúde, para indicação dos delegados.

**Neste sentido, como já apresentado em CIR, pedimos apoio desta secretaria junto ao Conselho Municipal de Saúde para traslado e alimentação dos delegados inscritos, bem como, divulgação desta etapa regional para participação dos convidados e observadores.**

Atenciosamente

Eliana de Fátima Catussi Pinheiro

Rangel da Silva

# Cornélio Procópio – PR

Obs: Delegado(a) devolver a Ficha de Inscrição preenchida até 07/02/2022 conforme orientação no documento de convocação.

## FICHA DE INSCRIÇÃO

(Se preenchida à mão, usar LETRA DE FORMA)

### DADOS DA REGIONAL DE SAÚDE E DO ASSESSOR

1. Número da Regional de Saúde e Nome do Município Sede	1	8	Município	Nova Santa Bárbara
2. Nome do Assessor/Responsável pela Inscrição na RS				
3. E-mail do Assessor				

### DADOS DO DELEGADO TITULAR

1. Segmento	Usuário (a)	<input checked="" type="checkbox"/>	Trabalhador (a)	<input type="checkbox"/>	Gestor (a)	<input type="checkbox"/>	Prestador (a)	<input type="checkbox"/>											
2. Nome Completo	DIENNY MANUELLI LOURENCO DE MOURA																		
3. Nome Social																			
4. RG	1	0	3	8	7	1	84	-	0	5. UF do RG	P	R							
6. Data de nascimento	0	1	0	2	9	1	7. CPF	0	7	2	9	8	9	6	7	9	-	0	8
8. Sexo	Masculino	<input type="checkbox"/>	Feminino	<input checked="" type="checkbox"/>	9. Raça	BRANCA													
10. Gênero	Gay	<input type="checkbox"/>	Lésbica	<input type="checkbox"/>	Bissexual	<input checked="" type="checkbox"/>	Heterossexual	<input type="checkbox"/>	Transexual	<input type="checkbox"/>	Travesti	<input type="checkbox"/>							
11. Sub segmento (indicado na 3ª pagina)	2	4																	

12. Entidade/órgão/instituição (nome por extenso seguido da sigla)	ENTIDADES OU ÓRGÃOS DE ENFERMEIROS										
---	------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13. Área de abrangência da entidade/órgão/instituição	Federal	<input type="checkbox"/>	Estadual	<input type="checkbox"/>	Municipal	<input checked="" type="checkbox"/>
14. Entidade inscrita no CNES	X	Sim	Não	<input type="checkbox"/>		

16. Endereço	RUA: PAPA JOÃO XXIII	15. CEP	8	6	2	4	0	-	0	0	0
--------------	----------------------	---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

17. Número	5	3	6	18. Complemento	CASA						
19. UF	P	R	20. Município	S. S. DA AMOREIRA		21. Bairro	CENTRO				
22. DDD	4	3	23. Fone	-	24. Ramal						
25. Fax	-	26. Celular	9	9	6	05	-	4	0	0	8

27. E-mail (preencher com letra de forma)	DIENNY.MOURA@GMAIL.COM
---	------------------------

### DADOS DO DELEGADO SUPLENTE

1. Segmento	Usuário (a)	<input type="checkbox"/>	Trabalhador (a)	<input type="checkbox"/>	Gestor (a)	<input type="checkbox"/>	Prestador (a)	<input type="checkbox"/>				
2. Nome Completo												
3. Nome Social												
4. RG	-	5. UF do RG										
6. Data de nascimento		7. CPF										
8. Sexo	Masculino	<input type="checkbox"/>	Feminino	<input type="checkbox"/>	9. Raça							
10. Gênero	Gay	<input type="checkbox"/>	Lésbica	<input type="checkbox"/>	Bissexual	<input type="checkbox"/>	Heterossexual	<input type="checkbox"/>	Transexual	<input type="checkbox"/>	Travesti	<input type="checkbox"/>
11. Sub segmento (indicado na 3ª pagina)												

12. Entidade/órgão/instituição (nome por extenso seguido da sigla)											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13. Área de abrangência da entidade/órgão/instituição	Federal	<input type="checkbox"/>	Estadual	<input type="checkbox"/>	Municipal	<input type="checkbox"/>
14. Entidade inscrita no CNES	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>		

# Cornélio Procópio – PR

Obs: Delegado(a) devolver a Ficha de Inscrição preenchida até 07/02/2022 conforme orientação no documento de convocação.

16. Endereço		15. CEP	
17. Número	18. Complemento		
19. UF	20. Município	21. Bairro	
22. DDD	23. Fone	24. Ramal	
25. Fax	26. Celular		
27. E-mail (preencher com letra de forma)			

## DADOS DOS PARTICIPANTES

1. Hospedagem*	Sim	Não	2. Alimentação	Sim	Não	
3. Necessidades Especiais	Alimentação		Hospedagem		Transporte	Outros
4. Tipo de Necessidade						

## OPÇÃO DE PAINÉIS TEMÁTICOS / TRABALHOS DE GRUPO

31. Painéis Temáticos	Opções de Painéis Temáticos e Trabalhos de Grupo pela ordem de preferência. Colocar os números dos Painéis Temáticos conforme descrito abaixo, por ordem de preferência na Tabela:	
	Opção por ordem de Preferência	Número do Painel (Conforme opções abaixo)
Trabalhos de Grupo	1ª Opção	IV
	2ª Opção	I
	3ª Opção	III

1. Eixo I: Cuidado em liberdade como garantia de direito a cidadania  
2. Eixo II: Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental;  
3. Eixo III: Política de saúde mental e os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade;  
4. Eixo IV: Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós-pandemia

OBS. Não havendo vagas no Painel escolhido será indicado outro Painel a critério da Comissão Organizadora na ordem de preferência.

Data de Preenchimento	0	8	/	0	2	/	2	2
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

## Cornélio Procópio – PR

Obs: Delegado(a) devolver a Ficha de Inscrição preenchida até 07/02/2022 conforme orientação no documento de convocação.

### SEGMENTO / SUB-SEGMENTO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

- 01 - Administração Pública de Esfera Federal;
- 02 - Administração Pública de Esfera Estadual;
- 03 - Administração Pública de Esfera Municipal;

### SEGMENTO / SUB-SEGMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS

- 04 - Estabelecimento de Serviço Público de Saúde;
- 05 - Estabelecimento de Serviço de Saúde Filantrópico vinculado ao SUS;
- 06 - Estabelecimento de Serviço de Saúde Privado vinculado ao SUS;
- 07 - Estabelecimento de Ensino Público Superior da Área de Saúde;
- 08 - Entidades/Instituições Conveniadas ao SUS;

### SEGMENTO / SUB-SEGMENTO DE USUÁRIOS

- 09 - Entidades representantes dos movimentos comunitários organizados na área de saúde;
- 10 - Entidades representantes de associações de portadores de patologias;
- 11 - Entidades representantes de associações de portadores de deficiências;
- 12 - Representantes de entidades de defesa do consumidor;
- 13 - Representantes de entidades de movimentos sociais e populares organizados;
- 14 - Representantes de entidades ou organizações de moradores;
- 15 - Representantes de entidades não governamentais - ONGs;
- 16 - Representantes de entidades patronais urbanos e rurais;
- 17 - Representantes de entidades e movimentos de mulheres do estado do Paraná;
- 18 - Representantes de entidades e movimentos de negros do Paraná;
- 19 - Representantes de entidades indígenas;
- 20 - Representantes de entidades de aposentados e pensionistas;
- 21 - Representantes de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- 22 - Representantes de entidades ambientalistas;
- 23 - Representantes de organizações religiosas;

### SEGMENTO / SUB-SEGMENTO DE TRABALHADORES DE SAÚDE

- 24 - Entidades ou órgãos de enfermeiros;
- 25 - Entidades ou órgãos de farmacêuticos;
- 26 - Entidades ou órgãos de médicos;
- 27 - Entidades ou órgãos de odontologistas;
- 28 - Entidades ou órgãos de assistentes sociais;
- 29 - Entidades ou órgãos de nutricionistas;
- 30 - Entidades ou órgãos de psicólogos;
- 31 - Entidades ou órgãos de médicos veterinários;
- 32 - Entidades ou órgãos de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais;
- 33 - Entidades ou órgãos de fonoaudiólogos;
- 34 - Entidades ou órgãos de educação física;
- 35 - Entidades ou órgãos de outros profissionais de saúde;
- 36 - Entidades sindicais ou associações de trabalhadores de saúde do setor público (federal, estadual ou municipal);
- 37 - Entidades sindicais ou associações de trabalhadores de Saúde do setor privado vinculados ao SUS.





LISTA DE PRESENÇA DE PARTICIPANTES

SEGMENTO TRABALHADOR (A)

Conferência Regional de Saúde Mental do Paraná

18ª Região de Saúde

				Francisco da Silva Nascimento	
<b>Nova A. Colina</b>	Odinei Paulo Venâncio	4293890-4	Trabalhador (a)	UAPSF Municipal Willian Francisco da Silva Nascimento	
<b>Nova Fátima</b>	Daiana Aparecida Marques	8819956-1	Trabalhador (a)	UBS Irmãos Piluski	
<b>N. S. Bárbara</b>	Dienny Manuelli Lourenço de Moura	10387184-0	Trabalhador (a)	Entidades ou Órgãos de Enfermeiros	<i>[Signature]</i>
<b>Rancho Alegre</b>	Décio Machado de Oliveira	2256354-0	Trabalhador (a)	Unidade Municipal Mista de Saúde	
<b>Rib. Pinhal</b>	Jane Dutra do Nascimento	8077047-2	Trabalhador (a)	UBS Municipal José Antônio de Morães	<i>[Signature]</i>
<b>Rib. Pinhal</b>	Josney Rodrigues da Rosa	12644074-0	Trabalhador (a)	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão do Pinhal	<i>[Signature]</i>
<b>Santa Amélia</b>	Caroline Outuki	12440327-4	Trabalhador (a)	UBS Santa Amélia	<i>[Signature]</i>



Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
10/02/2022 - AUTOATENDIMENTO - 11.42.05  
2573902573 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

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: 300.037.473-2

FAVORECIDO: DIENNY MANUELLI LOURENCO DE MOURA  
CPF/CNPJ: 072.989.679-08  
VALOR: R\$ 40,00  
DEBITO EM: 10/02/2022

=====

DOCUMENTO: 021001  
AUTENTICACAO SISBB: F.C6E.05D.0D6.595.31A