



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

Empenho	Data	Previsão Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
5162	11/10/2022	5167	4921/2022	3040/2022	

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. realizada _____

Credor
Prestador _____ Matrícula _____ CPF/CNPJ _____

IZABEL CONCEICAO NEVES 24848-7 725.719.859-49

Endereço _____ Barro _____
EST VILA RURAL SOL NASCENTE, 004 - 003 AGUA DO POCINHO

Cidade/UF _____ CEP _____ Fone _____ Tipo de conta bancária _____ Banco Agência Conta _____
Nova Santa Bárbara/PR 86250-000 43991392673 Conta Corrente 237 6101-8 550395-7

Classificação da despesa

2720 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	00156538	11/10/2022 R\$ 40,00

Recibo
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 3040/2022.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

VILMA APARECIDA DOS SANTOS

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: **4921/2022** Emitido em: **06/10/2022** Requisição N°: **3040/2022** Empenho N°: **3040/2022**

Liquidação: _____
Tipo: _____ Número: _____
Solicitação: _____
Contrato/Aditivo: _____
Soluções: Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor: _____
Fornecedor: **IZABEL CONCEICAO NEVES** Matrícula: **24848-7** CPF/CNPJ: **725.719.859-49**
Endereço: **EST VILA RURAL SOL NASCENTE, 004 - 003** Bairro: **AGUA DO POCINHO**
Cidade/UF: **Nova Santa Bárbara/PR** CEP: **86250-000** Fone: **43991392673** Tipo de conta bancária: **Conta Corrente** Banco: **237** Agência: **6101-8** Conta: **550395-7**

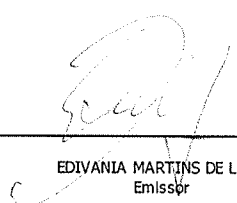
Classificação da despesa: _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho
08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 40,00
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 40,00
2720 00324 Transferências de Outros Programas Saldo à Liquidar
R\$ 0,00

Outras informações: _____

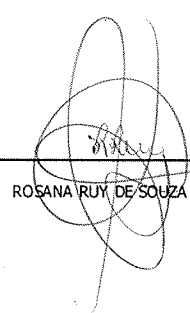
Retenções: _____
Total de retenções
R\$ 0,00
Valor líquido
R\$ 40,00

Servidor que autorizou a liquidação: _____
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Histórico: _____
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A AGENTE DE ENDEMIAS IZABEL CONCEIÇÃO NEVES, A QUAL IRA PARTICIPAR DE UMA OFICINA DE ATUALIZAÇÃO PARA AGENTES DE CONTROLE DE ENDEMIAS (ACES) COM FOCO NAS AÇÕES DE CAMPO DE CONTROLE VETORIAL DO PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DE DENGUE (PMCD), QUE ACONTECERA NO AUDITORIO DA 18° REGIONAL DE SAUDE EM CORNELIO PROCOPIO/PR, NO DIA 11 DE OUTUBRO DE 2022.



EDIVANIA MARTINS DE LIMA
Emissor



ROSANA RUY DE SOUZA

22/10/22



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

Numero **3040/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **06/10/2022** Requisição N° _____ Req. Contra 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 **IZABEL CONCEICAO NEVES** Matrícula **24848-7** CPF/CNPJ **725.719.859-49**

Endereço **EST VILA RURAL SOL NASCENTE, 004 - 003** Bairro **AGUA DO POCINHO**

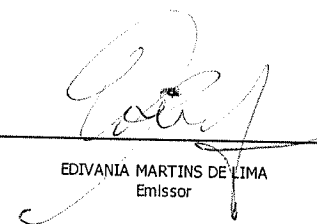
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **43991392673** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **6101-8** Conta **550395-7**

Classificação da despesa		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 4.680,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
10.301.0330.2024	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 40,00
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS	Saldo atual
2720	00324 Transferências de Outros Programas	R\$ 4.640,00
	Do Exercício	

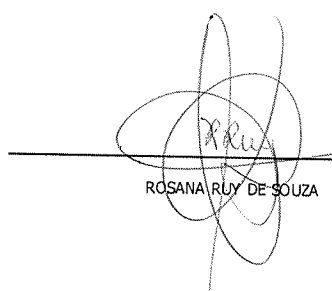
Outras informações _____

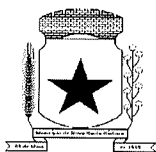
Histórico _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A AGENTE DE ENDEMIAS IZABEL CONCEIÇÃO NEVES, A QUAL RA PARTICIPAR DE UMA OFICINA DE ATUALIZAÇÃO PARA AGENTES DE CONTROLE DE ENDEMIAS (ACES) COM FOCO NAS AÇÕES DE CAMPO DE CONTROLE VETORIAL DO PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DE DENGUE (PMCD), QUE ACONTECERA NO AUDITORIO DA 18ª REGIONAL DE SAUDE EM CORNELIO PROCOPIO/PR, NO DIA 11 DE OUTUBRO DE 2022.


 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 330/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 06/10/22

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 o Agente de Endemias **Izabel Conceição Neves**, a qual irá participar da Oficina de atualização para Agentes de Controle de Endemias (ACEs) com foco nas Ações de Campo de Controle Vetorial do Programa Municipal de Controle da Dengue (PMCD), que acontecerá no Auditório da 18ª Regional de Saúde em Cornélio Procópio no dia **11/10/2022** (terça-feira). Conforme Ofício em anexo.

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

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco do Bradesco

Agência: 0057-4

Conta Corrente: 0620395-7


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:

Edvânia
Nome

[Assinatura]
Assinatura

06, 10, 22
Data

Lista de Presença
Oficina de Atualização para Agentes de Controle de Endemias (ACEs) com Foco nas
Ações de Campo de Controle Vetorial do Programa Municipal de Controle da
Dengue (PMCD)

Data: 11 /10/2022 Hora: Das 08:30 às 16:30 horas Local: Auditório da 18.ª RS

Nome	Cargo/Função	Instituição	Município	Assinatura
Rosene Camargo Almeida	A.C.E		S.S.A.	
Juliana D. Gonçalves	A.C.E		S.S.A	
Imone M. Leite	Coord.	UTSA	S.S.A	
Luciane L. Silva	A.C.E		SSA	
Justina Maria	A.C.E.		S.S.A.	
MARQUE TAVILA PAMALHO	coord. vet	VISA	SS.A	
Thiago Kerkel	ACE		N.S.B	
Suzi Myriel Lir	ACE		N.S.B	
Robel Gonçalves Neves	ACE		N.S.B	
Jaqueline Rosa	Coord. Endemias	VISA.	N.A.C	
Juliana Madalena Garcia	ACE		NAC	
ALESS NUNES de O.	CDS		NAC	

**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:	001 - BANCO DO BRASIL S/A - 00000000
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0057 / 00000620395-7
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	IZABEL CONCEICAO NEVES
CPF/CNPJ:	725.719.859-49
Valor:	R\$ 40,00
Valor da tarifa:	R\$ 5,50
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	11/10/2022
Data / Hora da operação:	11/10/2022 08:20:08

Código da operação:	00107673
Chave de segurança:	ZE3NYUSVHT2NCCZV

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

**Extrato por período**

Cliente: FMS NOVA SANTA BAR ASSIST

Conta: 0910 | 006 | 00000272-7

Data: 11/10/2022 - 14:32

Mês: Outubro/2022

Período: 11 - 11

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00 C

Lançamentos do Dia

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
11/10/2022	110818	ENVIO TED	40,00 D	40,00 D
11/10/2022	110818	TAR DOC IN	5,50 D	45,50 D
11/10/2022	110819	ENVIO TED	40,00 D	85,50 D
11/10/2022	110819	TAR DOC IN	5,50 D	91,00 D
11/10/2022	110820	ENVIO TED	40,00 D	131,00 D
11/10/2022	110820	TAR DOC IN	5,50 D	136,50 D
11/10/2022	107673	DEVOL TED	40,00 C	96,50 D
11/10/2022	111117	ENVIO TED	536,40 D	632,90 D
11/10/2022	111117	TAR DOC IN	5,50 D	638,40 D
11/10/2022	111118	ENVIO TED	78,00 D	716,40 D
11/10/2022	111118	TAR DOC IN	5,50 D	721,90 D

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

**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 / 00000620395-7
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	IZABEL CONCEICAO NEVES
CPF/CNPJ:	725.719.859-49
Valor:	R\$ 40,00
Valor da tarifa:	R\$ 5,50
Finalidade:	10 - Crédito em Conta

Identificação da operação:**Histórico:**

Transferência realizada novamente devido a devolução decorrente de dados bancários informados incorretamente.

Data de débito:	11/10/2022
Data / Hora da operação:	11/10/2022 14:50:19

Código da operação:	00156538
Chave de segurança:	JGX85LEH85NF6HMX

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