



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

Número	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
488	10/02/2022	488	496/2022	339/2022	

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

OTAVIO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Matrícula

34863-5

CPF/CNPJ

547.217.929-72

Endereço

EST VILA RURAL SOL NASCENTE, 11 - 02

Bairro

VILA RURAL

Cidade/UF

Nova Santa Bárbara/PR

CEP

86250-000

Fone

4332661270

Tipo de conta bancária

Conta Corrente

Banco

748

Agência

717-0

Conta

25325-1

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

3.3.90.14.14.04 MEMBROS DE CONSELHOS

Valor

R\$ 80,00

Outras informações _____

Retenções _____

Total de retenções

R\$ 0,00

Valor líquido

R\$ 80,00

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

021002

10/02/2022

R\$ 80,00

Recibo _____

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 339/2022.

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 **496/2022** Emitido em **09/02/2022** Requisição Nº _____ Empenho Nº **339/2022**

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 **OTAVIO RODRIGUES DE OLIVEIRA** Matrícula **34863-5** CPF/CNPJ **547.217.929-72**

Endereço **EST VILA RURAL SOL NASCENTE, 11 - 02** Bairro **VILA RURAL**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661270** Tipo de conta bancária _____ Banco _____ Agência _____ Conta _____

Classificação da despesa _____

08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho

08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 80,00

10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado

3.3.90.14.14.04 MEMBROS DE CONSELHOS **R\$ 80,00**

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\$ 80,00

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 O CONSELHEIRO DE SAÚDE OTÁVIO RODRIGUES DE OLIVEIRA E O REPRESENTANTE DA IGREJA QUADRANGULAR, PASTOR FRENCISCO CARLOS NANDI, OS QUAIS IRÃO 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



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 **339/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **09/02/2022** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

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

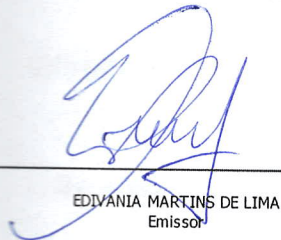
Credor _____
Fornecedor **OTAVIO RODRIGUES DE OLIVEIRA** Matrícula **34863-5** CPF/CNPJ **547.217.929-72**
Endereço **EST VILA RURAL SOL NASCENTE, 11 - 02** Bairro **VILA RURAL**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661270** Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior
08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 96.360,00
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado
3.3.90.14.14.04 MEMBROS DE CONSELHOS R\$ 80,00
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo atual
Do Exercício R\$ 96.280,00

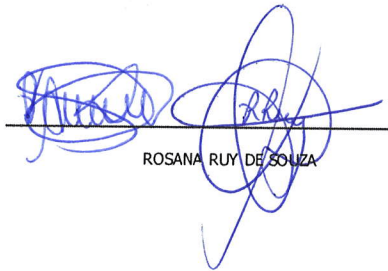
Outras informações _____

Histórico _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO PARA O CONSELHEIRO DE SAÚDE OTÁVIO RODRIGUES DE OLIVEIRA E O REPRESENTANTE DA IGREJA QUADRANGULAR, PASTOR FRENCSICO CARLOS NANDI, OS QUAIS IRÃO 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



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 040/2022

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\$ 80,00 (oitenta reais)**, para custear as despesas com alimentação para o conselheiro de saúde **Otávio Rodrigues de Oliveira** e o representante da Igreja do Evangelho Quadrangular, o pastor Francisco Carlos Nandi, os quais irão 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 Sicredi

Agência: 0717

Conta Corrente: 00025325-1

Rosana Ruy de Souza

Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:

Coluane

Nome

[Assinatura]

Assinatura

09/02/22

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



CONSELHO ESTADUAL
DE SAÚDE - CES/PR



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

Para: Presidente dos Conselhos Municipais de Saúde

CONVOCAÇÃO

Tendo em vista a **V Conferência Estadual de Saúde Mental do Paraná**, e a etapa regional que será realizada no dia 11/02/2022, 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, **CONVOCAMOS** vossa senhoria a indicar membros para participação conforme segue abaixo:

Delegados:

Representantes do seguimento dos usuários

Convidar preferencialmente usuários dos serviços de saúde mental, familiares, responsáveis ou curadores de pacientes portadores de transtornos ou doenças mentais, que tenham participação ativa e possam contribuir nas discussões de grupo.

Representantes do seguimento dos trabalhadores de saúde

Convidar preferencialmente trabalhadores de saúde que estejam envolvidos no cuidado à saúde mental nos municípios.

Exemplo: enfermeiros e técnicos de enfermagem, psicólogos, médicos, assistentes sociais, entre outros.

Representantes do seguimento dos gestores ou prestadores de serviço

Convidar preferencialmente instituições ligadas ao atendimento de pacientes portadores de transtornos ou doenças mentais.

Exemplo: hospitais gerais com ou sem leitos de psiquiatria, APAE, CAPS, serviço de residência terapêutica, CISNOP e ONG's.

O número de delegados por município está descrito na planilha em anexo.

Convidados e observadores:

Convidar instituições parceiras no atendimento a pacientes portadores de transtornos ou doenças mentais.

Exemplo: CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Serviço de convivência e fortalecimento de vínculo, ONG's, entre outros.

Os formulários de inscrição devidamente preenchidos deverão ser encaminhados por **meio físico** aos cuidados de Emerson Militão – SCAERA 18ºRS ou **digitalizado** para o e-mail: scaera18rs@sesa.pr.gov.br, até a data de **07/02/2022**.

Para os **convidados e observadores** a inscrição poderá ser feita no dia da Conferência Regional.

Atenciosamente

Eliana de Fátima Catussi Pinheiro

Diretoria – 18ª Regional de Saúde

Rangel da Silva

Representante do Conselho Estadual de Saúde



CONSELHO ESTADUAL
DE SAÚDE - CES/PR



CRONOGRAMA ETAPA REGIONAL DA V CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL

Data: 11 de Fevereiro de 2022

Local: Uenp Campus – Rodovia PR 160, Km 0, Cornélio Procópio - PR,
86300-000 - Saída para Leópolis

HORÁRIO	PROGRAMAÇÃO
8:00 – 8:45 Hrs	Credenciamento
8:45 Hrs	Palestra Magna que tratará sobre o tema da Conferência “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”
9:45 – 10:00 Hrs	Intervalo
10:00 Hrs	Divisão dos grupos: Trabalho em Grupo
11:30 Hrs -	Plenária final
12:30 Hrs	Processo Eleitoral para escolha dos delegados para a 5ª Conferência Estadual de Saúde Mental
13:00 hrs	Encerramento

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) | Trabalhador (a) | Gestor (a) | Prestador (a)
2. Nome Completo | OTÁVIO RODRIGUES DE OLIVEIRA
3. Nome Social
4. RG | 3 | 4 | 9 | 8 | 5 | 8 | - | 5. UF do RG | P | R
6. Data de nascimento | 1 | 6 | 0 | 4 | 6 | 0 | 7. CPF
8. Sexo | Masculino | Feminino | 9. Raça
10. Gênero | Gay | Lésbica | Bissexual | Heterossexual | Transexual | Travesti
11. Sub segmento (indicado na 3ª pagina) | 0 | 3

12. Entidade/órgão/instituição (nome por extenso seguido da sigla) | ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DE ESFERA MUNICIPAL

13. Área de abrangência da entidade/órgão/instituição | Federal | Estadual | Regional | Municipal | Sim | Não
14. Entidade inscrita no CNES | Sim | Não

16. Endereço | VILA RURAL SOL NASCENTE | 15. CEP | 8 | 6 | 2 | 5 | 0 | - | 0 | 0 | 0

17. Número | 1 | 1 | 18. Complemento
19. UF | 20. Município | NOVA SANTA BÁRBARA | 21. Bairro
22. DDD | 0 | 4 | 3 | 23. Fone | - | 24. Ramal
25. Fax | - | 26. Celular | 9 | 9 | 1 | 41 | - | 0 | 2 | 1 | 0

27. E-mail (preencher com letra de forma)

DADOS DO DELEGADO SUPLENTE

1. Segmento | Usuário (a) | Trabalhador (a) | Gestor (a) | Prestador (a)
2. Nome Completo
3. Nome Social
4. RG | - | 5. UF do RG
6. Data de nascimento | 7. CPF
8. Sexo | Masculino | Feminino | 9. Raça
10. Gênero | Gay | Lésbica | Bissexual | Heterossexual | Transexual | Travesti
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 | Estadual | Regional | Municipal | Sim | Não
14. Entidade inscrita no CNES | Sim | Não

16. Endereço | 15. CEP | -

Cornélio Procópio – PR

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

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 Painei (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.

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*	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	2. Alimentação	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> 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 Painei (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
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

E 339/24
ps 10/02
no 488.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: OTÁVIO RODRIGUES DE OLIVEIRA	Cargo ou Função: SERVENTE DE LIMPEZA PÚBLICA
Órgão: <i>Secretaria Municipal de Saúde</i> Unidade Administrativa:	Nota de Empenho Nº: Solicitação Nº
DESPESA REALIZADA COM RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: ___ / ___ / ___	
NUMERO DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: _____	

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
11/02/2022	80,00			80,00
TOTAL				80,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				

RESUMO DAS DESPESAS


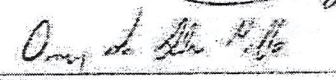

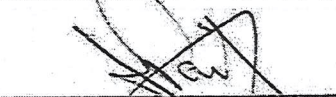
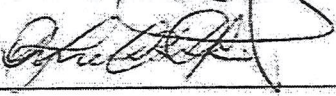


Nome: <i>Otávio Rodrigues de Oliveira</i> _____ <i>Assinatura do Funcionário</i> ___/___/___	Nome: <i>Francisco Carlos Nandi</i> _____ <i>Secretário</i>	Nome: _____ <i>Assinatura do Tesoureiro</i>
--	--	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
11/02/2022	Participação na "V Conferência Estadual de Saúde Mental do Paraná", na UENP
	Campus Cornélio Procópio - PR. Diária referente a despesas com alimentação do
	presidente do Conselho Municipal de Saúde Otávio Rodrigues de Oliveira e
	representante da Igreja do Evangelho Quadrangular, o pastor Francisco Carlos Nandi.

LISTA DE PRESENÇA DE PARTICIPANTES

SEGMENTO USUÁRIO(A) Conferência Regional de Saúde Mental do Paraná

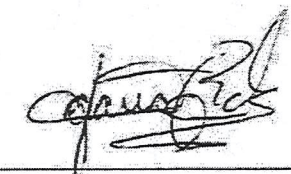


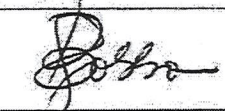
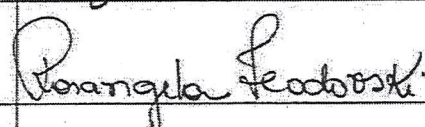

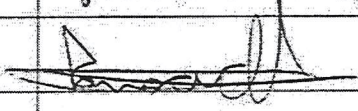
18ª Região de Saúde

Nova A. Colina	José Carlos Pasian	0884651-0	Usuário (a)	Associação de Portadores de Deficiência	
Nova A. Colina	Osmir da Silva Melo	1672929-7	Usuário (a)	Associação de Moradores	
Nova Fátima	Maria da Conceição Rocha Ribeiro	5146998-4	Usuário (a)	UBS Irmãos Piluski	
Nova Fátima	Vilma Viana de Moraes Cruz	10648976-9	Usuário (a)	CapS	
N. S. Bárbara	Francisco Carlos Nandi	812858448-2	Usuário (a)	Representante de Organizações Religiosas	
N. S. Bárbara	Sylmara Aparecida Bontorim Valério	4067016-5	Usuário (a)	Representante de Organizações Religiosas	
Rancho Alegre	Alaide dos Reis Alevato	4036340-8	Usuário (a)	Associação dos Agricultores	
Rancho Alegre	Edyânia Aparecida Dias de Fontana <i>Sandra de Fontana</i>	4476369-9 <i>7264504-5</i>	Usuário (a)	Assoc. 3ª Idade	<i>2 freitas</i>
Rib. Pinhal	Fabiane Cumpaná	6288143-7	Usuário (a)	Hosp. Mental Psiquiátrico do Pinhal	

LISTA DE PRESENÇA DE PARTICIPANTES

SEGMENTO GESTOR (A) Conferência Regional de Saúde Mental do Paraná

18ª Região de Saúde

N. S. Bárbara	Otávio Rodrigues de Oliveira	349858-0	Gestor (a)	Administração Pública de Esfera Municipal	
Rancho Alegre	Jackeline Morelato Bergamine	8912041-1	Gestor (a)	Unidade Municipal Mista de Saúde	
Rib. Pinhal	Nadir S. Mello Fraga Cunha	105655731	Gestor (a)	Secretaria Municipal de Saúde	
Santa Amélia	Bruna Machado Gobbo	10649075-9	Gestor (a)	SMS de Santa Amélia	
Santa C. Pavão	Rosângela Teodoviski	7321489-0	Gestor (a)	SMS de Sapopema	
Santa Mariana	Rosana Aparecida Felipe Barbieri	6984047-7	Gestor (a)	Secretaria Municipal de Saúde Santa Mariana	—
Santa Mariana	Tatiani Pereira Sabaini Azevedo	7834105-0	Gestor (a)	Secretaria Municipal de Saúde Santa Mariana	
S. A. Paraíso	Viviani Mararosa Souza	5370228-7	Gestor (a)	Secretaria Municipal de Saúde	
Sapopema	Emanuele Antonia Chede Subtil	8082604-4	Gestor (a)	SMS de Sapopema	

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: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0717-X - SICREDI CAMBARA
CONTA: 25.325-1

FAVORECIDO: OTAVIO RODRIGUES DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 547.217.929-72
VALOR: R\$ 80,00
DEBITO EM: 10/02/2022

=====

DOCUMENTO: 021002
AUTENTICACAO SISBB: F.0A2.821.FF0.40D.8BE

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.