



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°
4091	15/08/2022	4100	3839/2022	2327/2022	

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 _____
Rafaela SARDINHA AGOSTINHO Matrícula 40025-4 CPF/CNPJ 067.989 519-10
Endereço RUA BATISTA FERNANDES ALMEIDA, 900 Bairro CJ ESPERANÇA
Cidade/UF Nova Santa Bárbara/PR CEP 86250-000 Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 748 718-8 27450-3

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
3.3.90.14.99.01 OUTROS COLABORADORES Valor R\$ 40,00

Outras informações _____
Retenções _____

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

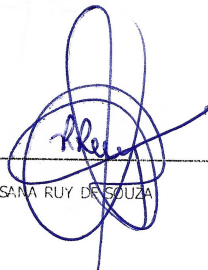
Servidor que autorizou o pagamento _____
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA
Recursos _____ Documento _____ Data _____ Valor
00003 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 000020257 15/08/2022 R\$ 40,00

Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 2327/2022.

Assinatura _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____


KATIA GARDÊNIA DOS SANTOS
Tessoureira


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 **3839/2022** Emitido em **08/08/2022** Requisição Nº _____ Empenho Nº **2327/2022**

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 **RAFAELLA SARDINHA AGOSTINHO** Matrícula **40025-4** CPF/CNPJ **067.989.519-10**
 Endereço **RUA BATISTA FERNANDES ALMEIDA , 900** Bairro **CJ ESPERANÇA**
 Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **718-8** Conta **27450-3**

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
 3.3.90.14.99.01 OUTROS COLABORADORES R\$ 40,00
 2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo à Liquidação
R\$ 0,00

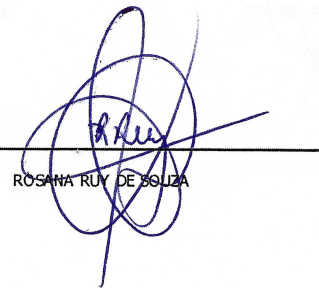
Outras informações _____
 Retenções _____
Total de retenções
R\$ 0,00
Valor liquidado
R\$ 40,00

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

Histórico _____
 ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A MÉDICA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, RAFAELLA SARDINHA AGOSTINHO, A QUAL IRA PARTICIPAR DA CAPACITAÇÃO/ATUALIZAÇÃO DO AGRAVO DE RESCISÓRIAS E PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES, NA UENP CAMPUS DE CORNÉLIO PROCÓPIO/PR, NO DIA 10/08/2022.



 EDIVANIA MARTINS DE LIMA
 Emissor



 ROSANA RUY DE SOUZA

17915



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 **2327/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **08/08/2022** Requisição N° Req. Compr

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. atual

Credor Fornecedor **RAFAELLA SARDINHA AGOSTINHO** Matrícula **40025-4** CPF/CNPJ **067.989.519-10**

Endereço **RUA BATISTA FERNANDES ALMEIDA , 900** Bairro **CJ ESPERANÇA**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **718-8** Conta **27450-3**

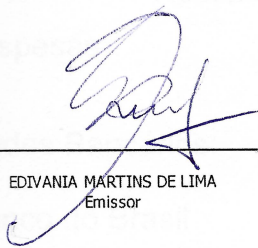
Classificação da despesa

08	Secretaria Municipal de Saúde	Saldo a
08.001	Fundo Municipal de Saúde	R\$ 41.82
10.301.0330.2024	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor emp
3.3.90.14.99.01	OUTROS COLABORADORES	R\$ 40
2710	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo
	Do Exercício	R\$ 41.78

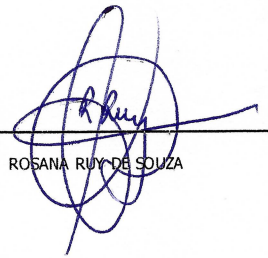
Outras informações

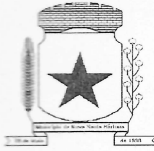
Histórico

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A MÉDICA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, RAFAELLA SARDINHA AGOSTINHO, A QUAL IRA PARTICIPAR DA CAPACITAÇÃO/ATUALIZAÇÃO DO AGRAVO DE HANSENÍASE E PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES, NA UENP CAMPUS DE CORNÉLIO PROCÓPIO/PR, NO DIA 10/08/2022.


 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 255/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 08/08/22

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 médica da Estratégia Saúde da Família, **Rafaella Sardinha Agostinho**, a qual irá participar da Capacitação/Atualização do Agravo de Hanseníase e Prevenção de Incapacidades, na UENP Campus de Cornélio Procópio no dia **10/08/2022** (quarta-feira), com a saída prevista as 07:00 horas. Segue convocação em anexo.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

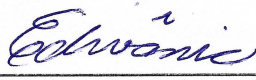
Banco do Brasil

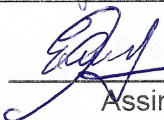
Agência: 0441-3

Conta Corrente: 20257-6


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:


Nome


Assinatura

08, 08, 22
Data

Ofício n.º SCAPS/65/2022

Cornélio Procópio, 25 de julho de 2022

Da: 18ª Regional de Saúde /SCAPS

Para: Secretários(as) Municipais de Saúde

Prezado(a) Senhor(a)

CONVOCAÇÃO

Vimos por meio deste convocá-los para **Capacitação/Atualização do Agravo de Hanseníase e Prevenção de Incapacidades**, que será realizada pela 18ª Regional de Saúde em parceria com a Instituição Humanitas.

Palestrantes:

- Dr. Mauro Filgueiras Mendes – Médico Dermatologista.
- Dra. Lúcia Emiko Imazu – Médica Dermatologista.
- Dr. Ricardo Castanho Moreira – Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP.

Data: 10 de agosto de 2022


Horário: início as 8h00m – término as 17h00m

Local: UENP - Campus de Cornélio Procópio


Endereço: s/n Rodovia PR 160, Km 0, Cornélio Procópio - PR

Público Alvo: Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas e Técnicos de Epidemiologia.

Atenciosamente,


Erika Roberto Marino de
Arruda
Chefe SCAPS 18ª RS


Tatiana Garcia Souza
Chefe SCVGE 18ª RS


Eliana de Fátima Catussi
Pinheiro
Diretora da 18ª Regional de
Saúde

18ª Regional de saúde
Seção de Atenção Primária à Saúde
Rua Justino Marques Bonfim, 27 – Cornélio Procópio -Paraná | CEP: 86300.000
Fone (43) 3520-3537 | e-mail: scaps18rs@sesa.pr.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Rafella Sardinha Agostinho</u>		Cargo ou Função: <u>médico</u>
Orgão: <u>Secretaria Municipal de Saúde</u> 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
<u>10/08/22</u>	<u>40.00 R\$</u>			<u>40.00 R\$</u>
TOTAL				<u>40.00 R\$</u>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				

RESUMO DAS DESPESAS

Nome: <u>[Assinatura]</u> Assinatura do Funcionário <u>16/08/22</u>	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<u>10/08/22</u>	<u>Despesas de alimentação no capacitação/atualização de Hanseníase e prevenção de leishmanioses.</u>

NOME

10/08/2022



NOME	FUNÇÃO	RG	MUNICÍPIO	ASSINATURA
Mauro Lucas Rodrigues	Enfermeiro	49032444-9	Ste. Amel	[Signature]
Batista Wander Quadram	Enfermeiro	12.840.616-6	Santa Amelica	[Signature]
Emenilde Cristina Dutra	Subsuperinta	9.147.149-2	Santa Amelica	[Signature]
Salvatore Adriano de Souza	Enfermeiro	7.376.302-0	Santa Amelica	[Signature]
Alugail Gonzalez de Souza	Epidemiologista	6563444-9	Itamborac	[Signature]
Lybbera S. Costa	Enf.º Epidemio	8288649-8 8.258	Sao Sebastiao Emelica	[Signature]
Correia S. B. B. B.	Enf.º Epidemio	10.546343-6	Itamborac	[Signature]
Raimundo L. M. F. F.	Enf.º Epidemio	9.580.709-7	S. S. Amelica	[Signature]
Miguel Marcos Souza	Subsuperinta	13.147.30-4	Itamborac	[Signature]
Magda Calhena de Lencastre	Enfermeira	3321.811-7	S. S. Amelica	[Signature]
Francine Ribeiro de Sousa Moura	Enfermeira	7.642.252-9	Bandeirantes	[Signature]
Lucia M. P. Ribeiro	Enfermeira	7.603.460-3	Curitiba	[Signature]
Jaqueline Moura Campos	Enfermeira	7.054.621-3	S. A. Amelica	[Signature]
Josemaria Marcolli de Souza Torres	Enfermeira	7.386.974-1	Curitiba	[Signature]
Marcelo B. Costa	Enfermeira	8.03.853-7	Curitiba	[Signature]
Jaqueline Moura de Carvalho Torres	Enfermeira	7.207.133-6	S. A. Amelica	[Signature]
Lucine C. G. Almeida	Enfermeira	7.720.304-4	Curitiba	[Signature]
Rafaelle Fanchine Agostinho	medica	12542.575-4	Itamborac	[Signature]

15/08/2022 - BANCO DO BRASIL - 11:50:59
257302573 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA 15/08/2022
Nº. DOCUMENTO 550.441.000.020.257
VALOR TOTAL 40,00

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: RAFAELLA S AGOSTINHO
AGENCIA: 0441-3 CONTA: 20.257-6
Nº. DOCUMENTO 552.573.000.017.915
=====

Nº. AUTENTICACAO D.DA1.DFB.E8E.56A.5D0

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.