



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	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
4054	15/10/2021	4058	3828/2021	2386/2021	

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 **ROSANA RUY DE SOUZA** Matrícula 19-1 CPF/CNPJ 038.204.629-37
Endereço RUA WALFREDO BITTENCOURT MORAES, 61 - CASA Bairro CENTRO
Cidade/UF Nova Santa Bárbara/PR CEP 86250-000 Fone 4332661252 Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 237 57-4 620758-8

Classificação da despesa _____
2700 08 Secretaria Municipal de Saúde
08.001 Fundo Municipal de Saúde
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde
3.3.90.14.14.03 AGENTES POLÍTICOS **Valor R\$ 40,00**

Outras informações _____

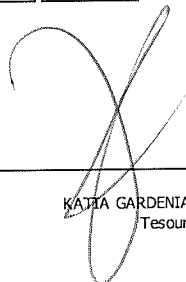
Retenções _____
Total de retenções R\$ 0,00
Valor líquido R\$ 40,00

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 101502 15/10/2021 R\$ 40,00

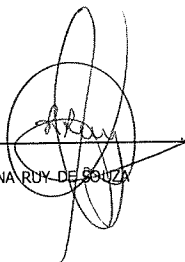
Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 2386/2021.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____



KÁTIA GARDENIA DOS SANTOS
Tesoureira



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 **3828/2021** Emitido em **08/10/2021** Requisição Nº _____ Empenho Nº **2386/2021**

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

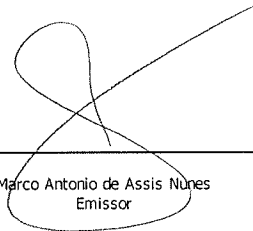
Credor Fornecedor **ROSANA RUY DE SOUZA** Matrícula **19-1** CPF/CNPJ **038.204.629-37**
Endereço **RUA WALFREDO BITTENCOURT MORAES, 61 - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661252** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620758-8**

Classificação da despesa
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho **R\$ 40,00**
08.001 Fundo Municipal de Saúde
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado **R\$ 40,00**
3.3.90.14.14.03 AGENTES POLÍTICOS Saldo à liquidar
2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) **R\$ 0,00**

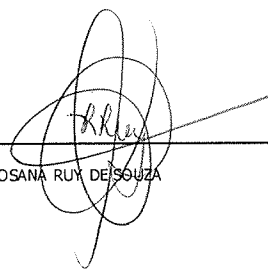
Outras informações _____
Retenções _____
Total de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 40,00**

Servidor que autorizou a liquidação
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Histórico
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTACAO A SECRETÁRIA DE SAUDE ROSANA RUY DE SOUZA, QUE IRÁ PARTICIPAR DE UMA REUNIAO NA REGIONAL DE SAUDE, NA CIDADE DE CORNELIO PROCÓPIO-PR, NO DIA 13 DE OUTUBRO DE 2021.



Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor



ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9



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 **2386/2021** Tipo **Ordinário** Emitido em **08/10/2021** Requisição N° _____ Req. Compra N° _____

Licitação _____ Número _____
Tipo _____
Sem licitação

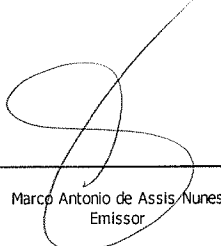
Contrato/Aditivo _____
Seqüência _____ Contrato _____ Aditivo _____ Início da vigência _____ Fim da vigência _____ Fim da vig. atualizada _____ Início da execução _____ Fim da execução _____ Fim da exe. atualizada _____

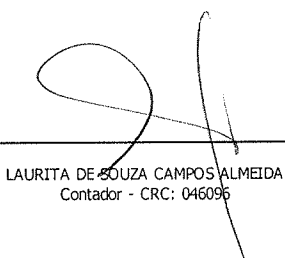
Credor _____
Fornecedor **ROSANA RUY DE SOUZA** Matrícula **19-1** CPF/CNPJ **038.204.629-37**
Endereço **RUA WALFREDO BITTENCOURT MORAES, 61 - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661252** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620758-8**

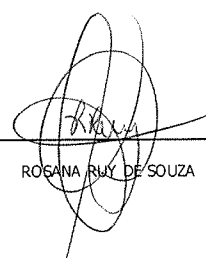
Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior
08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 40.650,00
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado
3.3.90.14.14.03 AGENTES POLÍTICOS R\$ 40,00
2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo atual
Do Exercício R\$ 40.610,00

Outras informações _____

Histórico _____
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO A SECRETÁRIA DE SAÚDE ROSANA RUY DE SOUZA, QUE IRÁ PARTICIPAR DE UMA REUNIÃO NA REGIONAL DE SAÚDE, NA CIDADE DE CORNELIO PROCÓPIO-PR, NO DIA 13 DE OUTUBRO DE 2021.


Marco Antonio de Assis Nunes
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 310/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 08/10/21

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 eu, **Rosana Ruy de Souza**, Secretária Municipal de Saúde, onde irei participar de uma Reunião na Regional de Saúde em Cornélio Procópio no dia **13/10/2021** (quarta-feira). Conforme ofício em anexo.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Bradesco

Agência: 0057 4

Conta Corrente: 0620758-8


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome

Assinatura

Data

Ofício n.º90/2021-SCRACA/DIR/18RS

Cornélio Procópio, 05 de outubro de 2021.

De: SCRACA/DIR/18RS

Para: SMS

Assunto: Diagnóstico Regional para o Planejamento do Programa Paranaense de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos

Prezados(as),

Considerando a proposta de Implantação do Programa Paranaense de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos apresentada na CIB/PR realizada na data de 22/09/2021 e a reunião com a DGS na data de 04/10/2021, faz-se necessário a realização de Reunião com os(as) Gestores(as) Municipais e Agendadores(as) Municipais para que possa ser realizado um diagnóstico inicial da Demanda Reprimida - "Fila de Espera" dos procedimentos cirúrgicos eletivos de cada município de acordo com as especialidades elencadas.

Esclareceremos sobre a operacionalização e confecção das planilhas, que neste primeiro momento será quantitativa.

Por favor trazer a Lista de quantidade de pacientes aguardando Consulta Especializada no CISNOP por especialidade.

E a lista da quantidade de pacientes aguardando o 1º atendimento no GSUS/CARE por especialidade.

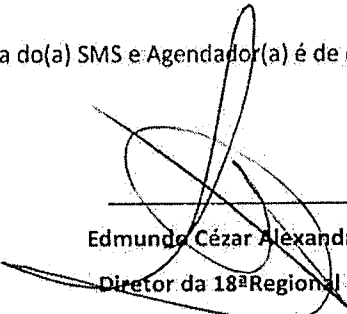
E demais listas de pacientes que aguardam procedimentos cirúrgicos eletivos que o município possuir.

A Reunião ocorrerá na data de 13/10/2021 no Auditório da 18ªRS, presencial, conforme cronograma abaixo:

Município	Horário
Sapopema	08:30
Nova Santa Bárbara	08:30
Santo Antônio do Paraíso	08:30
Nova Fátima	14:00
Nova América da Colina	14:00
Abatiã	14:00
Sertaneja	14:00

Salientamos que a presença do(a) SMS e Agendador(a) é de extrema importância.

Certos de Vossa compreensão e ensejo,



Edmundo César Alexandre Verona
Diretor da 18ª Regional de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

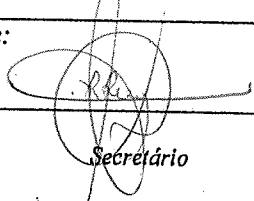
E 2376/21
pg 15/10/21
nº 4054

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Rosana Ley de Souza</i>	Cargo ou Função: <i>Secretaria Municipal de Saúde</i>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
13/10/2021	40,00			40,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 40,00

Nome: <i>Rosana Ley de Souza</i> Assinatura do Funcionário <i>15/10/2021</i>	Nome:  Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
13/10/2021	Reunião na SES Regional de Saúde em Cornélio Procopio sobre o Programa Paranaense de procedimentos cirúrgicos seletivo.

Observações:

Reunião com municípios - Programa Paranaense de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos

Data 13/10/2021

	NOME - CHEFIA/TÉCNICOS 18 ^{RS}	Seção 18 ^{RS}	Telefone	e-mail	Assinatura
1	Carola C. de G. Lato		99932 3673	carolalato@hot	
2	Simone S. Lalli Soares		984472990	simonesalle82@hotmail	
3	Thalita Gabrielle		99824 3989	thalitomai12@hotmail	
4	Douizete Ruiz Puelha		999659619	ENFERMEIRODONIZETE@HOTMAIL	
5	Valeria da Silva Prata		99133 2926	valeriausb24@yahoo.com.br	
6	Jaqueline C. Bittencourt		99125 9018	jaqueline15@hotmail	
7	Rosana Rey de Souza		99103-3052	ROSESAUDE@GMAIL.COM	
8	Emanuel Chede Sutil		984563031	manuelchedeulst1@gmail	
9	Clissa M. de Lema da Silva		984458744	clissalima@hotmail.com	
10	Alessi Nunes de O		998071398	alessinunes@gmail	
11	José Augusto F. Alvi		99928-3424	SUSANA PATRIZIA@HOTMAIL.COM	
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/10/2021 - AUTOATENDIMENTO - 09.22.22
2573902573 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
DOC ELETRONICO
CLIENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 17.915-9
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE
REMETENTE : FMS NOVA ST BARBARA - FUS
BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0057-4 - ASSAI
CONTA: 620.758-8

FAVORECIDO: ROSANA RUY DE SOUZA
CPF/CNPJ: 038.204.629-37
VALOR: R\$ 40,00
DEBITO EM: 15/10/2021
=====

DOCUMENTO: 101502
AUTENTICACAO SISBB: F.D97.11E.11E.A02.4DC

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.