



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°
4425	29/10/2021	4425	4153/2021	2638/2021	

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

Outras informações _____

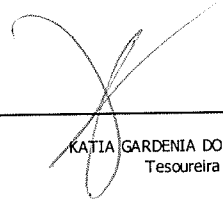
Retenções _____
Total de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 40,00**

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 102902 29/10/2021 R\$ 40,00

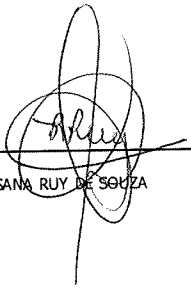
Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 2638/2021.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____



KATIA 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 **4153/2021** Emitido em **27/10/2021** Requisição Nº _____ Empenho Nº **2638/2021**

Licitação _____ Número _____
 Tipo **Sem licitação**

Contrato/Aditivo _____
 Situação **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		Saldo do empenho
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 40,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	
10.301.0320.2025	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor liquidado
3.3.90.14.14.03	AGENTES POLÍTICOS	R\$ 40,00
2700	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 DIARIA PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTACAO A SECRETARIA DE SAUDE ROSANA RUY DE SOUZA, QUE IRÁ PARTICIPAR DE UMA REUNIAO DA CIR (COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL) NO ANFITEATRO DA UENP - CAMPUS CORNELIO PROCOPIO NO DIA 28/10/2021, COM SAIDA DO MUNICIPIO PREVISTA AS 07:30 HORAS.

 Marco Antonio de Assis-Nunes
 Emissor

 ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9



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: 2538/2021 **Tipo:** Ordinário **Emitido em:** 27/10/2021 **Requisição Nº:** **Req. Compra Nº:**

Modalidade: **licitação** **Número:**
Forma de contratação:

Contrato/Aditivo: **Aditivo** **Início da vigência:** **Fim da vigência:** **Fim da vig. atualizada:** **Início da execução:** **Fim da execução:** **Fim da exe. atualizada:**

Fornecedor: ROSANA RUY DE SOUZA **Matricula:** 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		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 37.250,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
10.301.0320.2025	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 40,00
3.3.90.14.14.03	AGENTES POLÍTICOS	Saldo atual
2700	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Do Exercício	R\$ 37.210,00

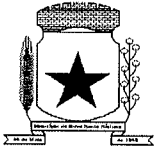
Outras informações:

Histórico:
 ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO A SECRETARIA DE SAÚDE ROSANA RUY DE SOUZA, QUE IRÁ PARTICIPAR DE UMA REUNIÃO DA CIR (COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL) NO ANFITEATRO DA UENP - CAMPUS CORNELIO PROCOPIO NO DIA 28/10/2021, COM SAÍDA DO MUNICÍPIO PREVISTA ÀS 07:30 HORAS.

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 336/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 27/10/21

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 da CIR (Comissão Intergestores Regional) no anfiteatro da UENP - Campus Cornélio Procópio no dia **28/10/2021** (quinta-feira), com saída prevista as 07:30 horas. Conforme Ofício em anexo.

Ressalto que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Bradesco

Agência: 0057 4

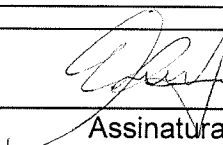
Conta Corrente: 0620758-8

C - 2700


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:


Nome


Assinatura

27 / 10 / 21
Data



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

Convite

Convidamos os Senhores (as) Secretários (as) de Saúde, 01 Técnico da APS, 01 Técnico da Vigilância Sanitária e 01 Técnico da Vigilância Epidemiológica dos Municípios de abrangência da 18ªRS no dia **28/10/2021**:

Período da manhã – 08h30m às 12h

- Reunião da CIR

Planejamento Regional Integrado – PRI (Atualização das Prioridades Sanitárias e Contextualização)

PLANIFICASUS Paraná

Programa de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QUALICIS

Período da tarde – 13h30m às 17h

- Planejamento Regional Integrado – PRI (Atualização das Prioridades Sanitárias e Contextualização).

Local: UENP - Campus de Cornélio Procópio

Endereço: s/n Rodovia PR 160, Km 0, Cornélio Procópio - PR, 86300-000



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 2638/21
Pg 29/10
nº 4425

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Rosana Ley de Souza</i>	Cargo ou Função: <i>Secretaria Muni. de Saúde</i>
Orgão: 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	DIARIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>28/10/2021</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 40,00

Nome: <i>Rosana Ley de Souza</i> Assinatura do Funcionário <i>28/10/2021</i>	Nome: <i>Rosana</i> Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro
---	--------------------------------------	-----------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>28/10/2021</i>	<i>Reunião da CIR (Comissão Intergestores Regional) em Cornélio Procopio.</i>

Observações:

El/los presentes ha/s reunido/s los participantes conforme descripto abajo

Asistencia	e-mail	Telefono	NO	Resol/Division 18-713	NOME - CHERIA/TECNICOS 18-713
				VISA	Nelson G. Delgado
		99192-1512		Ent 187	Olivero C. G. Ormaza
		99508096		Ent	Quintana M. E. Maturana
		995054008		VISA	Walter Fernando de Soto
		991459239		UBZ	Antonio G. M. Alvarez
				SMS	Guillermo P. & Ulla
		999506855		Ent 187	Christiani Leon Rodriguez
		99103-3052		SMS	Norma Ruy de Jorjaga

(Handwritten signatures and notes)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/10/2021 - AUTOATENDIMENTO - 14.31.59
2573902573 SEGUNDA VIA 0002
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: 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: 29/10/2021
=====

DOCUMENTO: 102902
AUTENTICACAO SISBB: D.182.242.8F8.341.B44