



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°
1223	20/03/2023	1223	470/2023	328/2023	

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 _____ Matrícula _____ CPF/CNPJ _____
SIDNEY FERNANDES DA SILVA 1634-9 110.361.308-19

Endereço _____ Bairro _____
RUA ISMAEL MODESTO DE PINHO, 628 - CASA CENTRO

Cidade/UF _____ CEP _____ Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Nova Santa Bárbara/PR 86250-000 4332661018 Conta Corrente 237 57-4 620013-3

Classificação da despesa _____
2850 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	00146333	20/03/2023 R\$ 40,00


Recibo
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 328/2023.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____



KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tresoureira



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 **470/2023** Emitido em **07/02/2023** Requisição N° _____ Empenho N° **328/2023**

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 **SIDNEY FERNANDES DA SILVA** Matrícula **1634-9** CPF/CNPJ **110.361.308-19**
Endereço **RUA ISMAEL MODESTO DE PINHO, 628 - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661018** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620013-3**

Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo do empenho R\$ 40,00**
08.001 Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado R\$ 40,00**
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Saldo a Liquidar R\$ 0,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2850 00324 Transferências de Outros Programas

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 AO FUNCIONARIO SIDNEY FERNANDES DA SILVA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, O QUAL IRA PARTICIPAR DA REUNIAO TECNICA DO PROGRAMA PROVIGIA EM CORNELIO PROCOPIO.


Eduardo de Socorro Araújo
Emissor


ROSANA RUY DE SOUZA

272-7



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 **328/2023** Tipo **Ordinário** Emitido em **07/02/2023** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

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 **SIDNEY FERNANDES DA SILVA** Matrícula **1634-9** CPF/CNPJ **110.361.308-19**

Endereço **RUA ISMAEL MODESTO DE PINHO, 628 - CASA** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661018** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620013-3**

Classificação da despesa **08 Secretaria Municipal de Saúde** Saldo anterior _____

08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 3.960,00

10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado _____

3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 40,00

2850 00324 Transferências de Outros Programas Saldo atual _____

Do Exercício R\$ 3.920,00


Outras informações _____

Histórico _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO FUNCIONARIO SIDNEY FERNANDES DA SILVA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, O QUAL IRA PARTICIPAR DA REUNIAO TECNICA DO PROGRAMA PROVIGIA EM CORNELIO PROCOPIO.


Eduardo do Socorro Araújo
Emissor


LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
Contador - CRC: 046096


RÓSANA RUY DE SOUZA



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 042/2023

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 07/02/23

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 técnico da Vigilância Sanitária **Sidney Fernandes da Silva**, o qual irá participar da Reunião Técnica de Avaliação Final das Ações Pactuadas no Programa PROVIGIA - PARANÁ na 18ª Regional de Saúde em Cornélio Procópio no dia **09/02/2023** (quinta-feira), com a saída prevista as 07:30 horas. Segue ofício em anexo.

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

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

2950

Dados Bancários:

Banco Bradesco

Agência: 0057

Conta Corrente: 0620013-3


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome

Assinatura

Data

07,02,23

Ofício Circ. 001/DVVGS/DIR 18RS/22

Cornélio Procópio, 18 de janeiro de 2023.

Ilmo (a) Sr. (a):

Secretário (a) Municipal de Saúde /Com vistas ao público alvo abaixo denominado

Prezado (a) Senhor (a):

Cumprindo o disposto na Resolução SESA/PR n.º 1.102/2021 art. 3.º incisos IV e V, art. 6.º § 1.º e 2.º e art. 7.º. CONVOCAMOS os 21 municípios para a Reunião Técnica de Avaliação Final das Ações Pactuadas no Programa PROVIGIA - PARANÁ, que acontecerá no auditório da 18.ª Regional de Saúde, conforme segue:

Dia: **09 de fevereiro de 2023**

Horário: **Das 09h00min às 16h00min**

Local: **Auditório da 18.ª Regional de Saúde – Cornélio Procópio**

Público alvo:

- Secretário (a) Municipal ou o (a) Diretor (a) de Saúde
- Coordenadores das Vigilâncias (Sanitária e Saúde do Trabalhador, Ambiental e Epidemiológica)
- Coordenador (a) da Atenção Primária em Saúde
- Resp. pelos sistemas de informação ou agravos citados nos indicadores (quando não for o coordenador)

Metodologia:

- O (a) profissional de referência técnica por cada indicador na RS apresentará o resultado final do seu indicador. Em seguida serão esclarecidas as dúvidas e/ou divergências, finalizando com a harmonização do resultado para inserção no sistema de informação do PROVIGIA. **Importante: Caso o município não compareça à reunião, serão consideradas as informações da Regional como resultado final, já que cada indicador está sendo trabalhado previamente com o responsável do município.**
- Tragam documentos comprobatórios da mesma fonte e período de dados referenciada na Delib. CIB/PR 341/2021. Tragam em meio digital ou impressas a citada Deliberação e a Lista das Referências Técnicas da RS.
- Fica facultativo o uso de máscara.
- Os investimentos financeiros com a participação da equipe, podem ser com recurso da fonte: Programa PROVIGIA/PR ou Teto de Vigilância em Saúde. Para otimizar o tempo e o processo de trabalho, procurem não se atrasar.

Dúvidas: Sobre os indicadores (tratar c/ as referências técnicas da RS), sobre a reunião (tratar com Matheus ou Maria Helena). Certos da presença de todos os convocados.

Atenciosamente.

Matheus José Silva Cardoso
Chefe da DVVGS/18.ª RS

Eliana de Fátima C. Pinheiro
Diretora da 18.ª Regional de Saúde

Eliana de Fátima C. Pinheiro
Diretora/18ª RS



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Sidney Fernandes da Silva</i>	Cargo ou Função: <i>Técnico Planejamento Básico</i>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°:
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM <i>09/02/2023</i> N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ <i>R\$ 40,00</i>	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>09/02/23</i>	<i>R\$ 40,00</i>			<i>R\$ 40,00</i>
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ <i>40,00</i>

Nome: <i>[Assinatura]</i>	Nome: <i>[Assinatura]</i>	Nome: _____
Assinatura do Funcionário <i>20/02/2023</i>	Secretário	Assinatura do Tesoureiro

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>09/02/2023</i>	<i>Despesa com adiantamento, antecipação de reunião técnica de avaliação final das ações pactuadas no Programa Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde - PROVIGIA - PARANÁ na data 09/02/2023 hora: 09:00 às 16:00hr. - Auditorio da DSE Regional de Saúde</i>

Observações:

09/02/2023 - Reunião Técnica de Avaliação Final das Ações Pactuadas no Programa Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde - PROVIGIA-PARANÁ

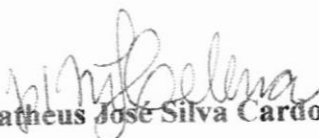
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o (a) gestor (a)/profissional Sidney Fernandes da Silva participou da Reunião Técnica de Avaliação Final das Ações DE 2022, Pactuadas no Programa Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PROVIGIA-PARANÁ), realizada nesta data na 18.ª Regional de Saúde de Cornélio Procópio, com carga horária de 08 horas, estando ciente e de acordo com os encaminhamentos nela realizados sobre a pauta.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente

Declaração.

Cornélio Procópio, 09 de fevereiro de 2023.


Matheus José Silva Cardoso

Chefe da Divisão de Vigilância em Saúde - DVVGS

18.ª Regional de Saúde

Lista de Presença

Reunião Técnica de Avaliação Final das Ações Pactuadas no Programa Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde - PROVIGIA-PARANÁ

Data: 09/02/2023 Hora: Das: 9:00 às 16:00 h Local: Auditório da 18.^a Regional de Saúde – C. Procópio

Nome	Cargo/ Função	Instituição	Município	Assinatura
Ana Alice F. C. Cotrucci	Nutricionista	18 ^o	CP	Ana Alice
Cinny Leyzi N. Vilhetti	med. Vet.	18 ^o RS	CP	Cinny
Mariana Reissa Batista	Residente Med. Vet	18 ^o RS	CP	Mariana
Erica R. Maurício de Araujo	Enfermeira	SCAPS 18 ^o RS	CP	Erica
Fernanda Souza de Souza Oliveira	Téc. VISA	SMS	Paripatuba	Fernanda
Juê Ellen Pedreira	Enf.	SMS	Congonhas	Juê
Anna Cristina Allinas	farmacêutica	VISA	CP	Anna
Elizabeth C. Amerim	Enf.	VISA	CP	Elizabeth
Luciane Emmanuelle Pires	MedVet	VISA	CP	Luciane
Lilian de MAFES LOBO	Téc VISA	VISA-CP	Cornélio Procopio	Lilian
Anna Karla Faustino	enf.	SMS	SJS	Anna Karla
Anick A. P. B. Zucolli	Enf.	SMS Epidemiologia	S.S.A.	Anick
Gláucia Y. K. TAKASUMI	SMS	SMS	SSA	Gláucia
Marlene T. Camargo	med. vet	VISA	S.S.A	Marlene
Yamara AP Pereira	coord. VISA	VISA	SSA	Yamara

Lista de Presença

Reunião Técnica de Avaliação Final das Ações Pactuadas no Programa Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde - PROVIGIA-PARANÁ

Data: 09/02/2023 Hora: Das: 9:00 às 16:00 h Local: Auditório da 18.ª Regional de Saúde – C. Procópio

Nome	Cargo/ Função	Instituição	Município	Assinatura
Marc Rêha Francaloni de J. Silva	ACE	SMS	S.A. Paraná	[Assinatura]
Valquíria Moura	Enf.	S.M.S	S.A. Paraná	Valquíria Moura
Wilson Carlos S. Polician	Visto	SMS	S.A. Paraná	[Assinatura]
Eliziane Kestiwara Arizumi	Tec. Epidemio	SMS	SA. Paraná	[Assinatura]
Flávia Buena Pacheco	Enf. Epidemio	SMS	Ita. Mariana	[Assinatura]
Marcia Ho Gimhini	Enf. Epidemio	SMS	Uraí	[Assinatura]
Leticia Navarro Akizuki	coord. VISA	SMS	Uraí	[Assinatura]
Emanuelle Fardoso	SMS	SMS	Uraí	[Assinatura]
Jose Carlos Paraná	D. Vig.	SMS	M.A.C.	[Assinatura]
Maria Celeste de Melo	epidem	SMS	M.A.C	[Assinatura]
Fernanda M. Soares	Dir	SMS	MAC	[Assinatura]
Fabiane Formale de Souza	Enf.	S.M.S	MAC	[Assinatura]
Karolayne dos S. Marques	SMS	SMS	Set. Amelk	[Assinatura]
Mario Luce Rodrigues	Enf.	SMS	Sto Amel	[Assinatura]
Leandro Camargo de Souza	Tec. Vist	SMS	S.S. Serra	[Assinatura]

(2)

Lista de Presença

Reunião Técnica de Avaliação Final das Ações Pactuadas no Programa Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde - PROVIGIA-PARANÁ

Data: 09/02/2023 Hora: Das: 9:00 às 16:00 h Local: Auditório da 18.ª Regional de Saúde – C. Procópio

Nome	Cargo/ Função	Instituição	Município	Assinatura
Andrey Fernandes da Silva	VISA	SMS	Novo SJK Barbará	[Assinatura]
Irene Keiko Furuta	VISA	SMS	Capopema	[Assinatura]
Guarara Ayra	VISA	SCP	SCP	[Assinatura]
Amanda B. Nascimento	Epidemiologia	SCP VAPSF	SCP	[Assinatura]
Luana Cavalcanti & Oliveira	Epidemiologia	SMS	Sete Lagoas	[Assinatura]
Carla H. Leite	VISA	SMS	" "	[Assinatura]
[Assinatura]	TCC VISA	BRAS	P.P.	[Assinatura]
Alguem de Matos Silva	DIR. VISA	SMS	Santa mariana	[Assinatura]
[Assinatura]	DIR.	SMS	Sti Maria	[Assinatura]
Mariana Roberto Dias	Dirigente	SMS	Novo Hamburgo	[Assinatura]
Debera G. Glória	Epidemiologia	SMS	Nova Fátima	[Assinatura]
SERGIO R. [Assinatura]	VISA	SMS	Nova Fátima	[Assinatura]
ZENI DE Campos	Epidemiologia	SMS	Rib. Preto	[Assinatura]
Jandirine S. Rezende	Dirigente	SMS	Rib. Preto	[Assinatura]
Wilmington H. Oliveira	TCC VISA	SMS	Campanha	[Assinatura]

Lista de Presença

Reunião Técnica de Avaliação Final das Ações Pactuadas no Programa Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde - PROVIGIA-PARANÁ

Data: 09/02/2023 Hora: Das: 9:00 às 16:00 h Local: Auditório da 18.ª Regional de Saúde – C. Procópio

Nome	Cargo/ Função	Instituição	Município	Assinatura
Paulo Sérgio Bin Miguel	ACE	VISA	Bandeirantes	[Assinatura]
Paulo Sérgio Bin Miguel	ACE	VISA	Bandeirantes	Paulo Bin Miguel
Gabriel Henrique do Carmo	ACG	VISA	Bandeirantes	Gabriel Carmo
Henales Figueira	ACE	VISA	Bandeirantes	[Assinatura]
Renaldo Wagner	Coord - VISA	VISA	Bandeirantes	[Assinatura]
Vandréi Carlos Maciel	COM. VISA	VISA	ABATIÁ	[Assinatura]
Andreza Leaver Mompum	COORD. VISA	VISA	Andaraí	[Assinatura]
Marysa D Miranda Paludetto	Coordenadora Reg. C.A.M SMS	SMS	Andaraí	Miranda
FRABO TORALLES GALVIS	COORD. VISA WATERLIS	SMS	WATERLIS	[Assinatura]
PAULO RAFAEL MARTINI SANT'ANNA	DIRETOR VISA	SMS	ITANGUAÍ	[Assinatura]
Sabrina Orizzio de Souza	Epidemiologista	SMS	Itamborá	[Assinatura]
Juliano de Siqueira Franlin	Coordenador SMS	SMS	Itamborá	[Assinatura]
Juliana Espinoza	ADM SMS	SMS	Itamborá	[Assinatura]
Mª Helena M. Luiz	Tec. VISA	SESA 18 RS	C. P	[Assinatura]
Moisés M. Nicoletto	Tecnólogo	18 RS	C. Proc.	[Assinatura]

(4)

**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 / 00000620013-3
Tipo de pessoa:	FÍSICA
Nome:	SIDNEY FERNANDES DA SILVA
CPF/CNPJ:	110.361.308-19
Valor:	R\$ 40,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	
Histórico:	

Data de débito:	20/03/2023
Data / Hora da operação:	20/03/2023 13:18:04

Código da operação:	00146333
Chave de segurança:	3PEEGH6S10VVU70N

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