



# 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 Nº | Liquidação Nº | Empenho Nº | Requisição Nº |
| 1281   | 22/04/2021 | 1282        | 1205/2021     | 718/2021   |               |

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 ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA Matrícula 34890-2 CPF/CNPJ 034.594.249-31

Endereço RUA JASMIM, 135 - CASA Bairro JARDIM MURIAE

Cidade/UF Assaí/PR CEP 86250-000 Fone 4332625031 Tipo de conta bancária Banco Agência Conta 104 910-5 44310-6

Classificação da despesa \_\_\_\_\_

2710 08 Secretaria Municipal de Saúde  
08.001 Fundo Municipal de Saúde  
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde  
3.3.90.14.14.01 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 76779298 22/04/2021 R\$ 40,00

Recibo \_\_\_\_\_

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 718/2021.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nova Santa Bárbara, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

KATIA GARDENIA DOS SANTOS  
Tessoureira

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 1205/2021 Emitido em 19/04/2021 Requisição Nº 718/2021

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. atualizada

Credor  
Fornecedor ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA Matrícula 34890-2 CPF/CNPJ 034.594.249-31  
Endereço RUA JASMIM, 135 - CASA Bairro JARDIM MURIAE  
Cidade/UF Assaí/PR CEP 86250-000 Fone 4332625031 Tipo de conta bancária Banco Agência Conta  
Conta Poupança 104 910-5 44310-6

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  
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Saldo a liquidar R\$ 0,00  
2710 00324 Transferências de Outros Programas

Outras informações  
Retenções  
Total da 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 A FUNCIONÁRIA ALINE CAMPOS GONÇALVES ALMEIDA, QUE IRÁ PARTICIPAR DE UMA OFICINA DE PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA DE INDICADORES (META 2021), NO ANFITEATRO DA UENP - CAMPUS CORNÉLIO PROCÓPIO-PARANÁ, NO DIA 20 DE ABRIL DE 2021, COM SAÍDA PREVISTA AS 07:30 HORAS.

EDIVANIRA MARTINS DE LIMA  
Emissor

ROSANA RUY DE SOUZA

1272



## 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 **718/2021** Tipo **Ordinário** Emitido em **19/04/2021** 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 **ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA** Matrícula **34890-2** CPF/CNPJ **034.594.249-31**

Endereço **RUA JASMIM, 135 - CASA** Bairro **JARDIM MURIAE**

Cidade/UF **Assaí/PR** CEP **86250-000** Fone **4332625031** Tipo de conta bancária **Conta Poupança** Banco **104** Agência **910-5** Conta **44310-6**

Classificação da despesa

08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo anterior**

08.001 Fundo Municipal de Saúde **R\$ 5.920,00**

10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Valor empenhado**

3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 40,00**

2710 00324 Transferências de Outros Programas **Saldo atual**

Do Exercício **R\$ 5.880,00**

Outras informações

Histórico

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A FUNCIONÁRIA ALINE CAMPOS GONÇALVES ALMEIDA, QUE IRÁ PARTICIPAR DE UMA OFICINA DE PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA DE INDICADORES (META 2021), NO ANFITEATRO DA UENP - CAMPUS CORNÉLIO PROCÓPIO-PARANÁ, NO DIA 20 DE ABRIL DE 2021, COM SAÍDA PREVISTA AS 07:30 HORAS.

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** 129/2021

**PARA:** Secretaria de Administração

**DATA:** 19/04/21

**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 a enfermeira **Aline Campos Gonçalves Almeida**, a qual irá participar de uma Oficina de Pactuação Interfederativa de Indicadores (META 2021) no anfiteatro da UENP – Campus Cornélio Procópio no dia 20/04/2021 (terça-feira), com saída prevista as 07:30 horas. Conforme Convite em anexo.

Pagar com o Recurso da Fonte 324.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Econômica Federal

Agência: 0910

Conta Corrente: 0044310-6

  
Rosana Ruy de Souza  
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:

Nome

Assinatura

Data

## Convite

**Oficina – Processo de Pactuação Interfederativa de Indicadores –  
Meta 2021  
(18ª Regional de Saúde)**

**Convidamos** os Senhores Secretários Municipais de Saúde e Técnicos (Atenção Primária em Saúde, Vigilância Epidemiológica e Sanitária) dos 21 municípios da 18ª Regional de Saúde de Cornélio Procopio para a **Oficina de Pactuação Interfederativa de Indicadores (Meta 2021)**, o processo de sensibilização e assessoramento será realizado pelos técnicos da 18ª Regional de Saúde:

**Data:** 20/04/2021

**Horário:** início às 8h30min

**Local:** UENP - Campus de Cornélio Procopio (Salas B1 a B4)

**Endereço:** s/n Rodovia PR 160, Km 0, Cornélio Procopio - PR. 86300-000

*Obs: No dia da oficina, favor trazer notebook (para os municípios).*

*Em anexo, segue a planilha com resultados dos indicadores 2020, levantados pelos técnicos da 18ªRS.*



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

E 718/21  
Pr 22/04/21  
n.º 1281

## DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

|                                                                                                                    |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Funcionário: <u>Quine C G Almeida</u>                                                                              | Cargo ou Função: <u>Enfermeira</u>    |
| Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE<br>Unidade Administrativa:                                                    | Nota de Empenho N°:<br>Solicitação N° |
| DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____<br>N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____ |                                       |
| TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____                                                                                   |                                       |

## RESUMO DAS DESPESAS

| DATA                                          | DIÁRIA | TRANSPORTE | OUTROS | TOTAL     |
|-----------------------------------------------|--------|------------|--------|-----------|
| 20/04/21                                      | 40,00  |            |        | 40,00     |
|                                               |        |            |        |           |
|                                               |        |            |        |           |
|                                               |        |            |        |           |
|                                               |        |            |        |           |
|                                               |        |            |        |           |
|                                               |        |            |        |           |
| TOTAL                                         |        |            |        |           |
| TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver) |        |            |        | R\$ 40,00 |

|                                                                                |                                         |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Nome: <u>Quine C G Almeida</u><br>Assinatura do Funcionário<br><u>20/04/21</u> | Nome: <u>[Assinatura]</u><br>Secretário | Nome: _____<br>Assinatura do Tesoureiro |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|

| DATA     | HISTÓRICO DO ITINERÁRIO                                                                |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 20/04/21 | Curso na 18ª R. Saúde: Projeto de Parquias Interpretativa de Indicadores - metas 2021. |
|          |                                                                                        |
|          |                                                                                        |
|          |                                                                                        |
|          |                                                                                        |

Observações:

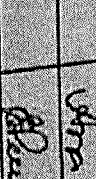
Data 20/04/2021

18º Regional de Saúde

Atestado de Intelectualidade de Indicadores - Maio 2021

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

Secretaria de Saúde

|    | NOME                            | Função                     | Telefone      | Município               | Assinatura                                                                            |
|----|---------------------------------|----------------------------|---------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Emmanuel Abel Sulbini           | SMS                        | 43 98456333   | Sapopema                |  |
| 2  | Dayana Biops Mule               | VISA                       | 43 98423-9069 | Sapopema                |  |
| 3  | Feliciano Cap. de Jairo Condado | Viz. Epidemiol.            | 43 986193260  | São Sebastião do Amaraí |  |
| 4  | Imone Adde Aluise               | Coord. Vigilância em Saúde | 43 98304777   | Paraná                  |  |
| 5  | Angélica C.P.B. Appen           | Enf. ES                    | 99 905-4264   | S.S. Amaraí             |  |
| 6  | Angélica Telles                 | SMS                        | 43 988685210  | S.S. Amaraí             |   |
| 7  | Justiane S. Fochi               | Enfermeira                 | 43 98477-8055 | Sapopema                |   |
| 8  | Leandro Lamare de Souza         | VISA                       | 43 99178 0060 | São José do Sertão      |    |
| 9  | Arni Karla Trautman             | Enf.                       | 40 999234558  | São J. do Sertão        |    |
| 10 | Carolina da Silva Pereira       | SMS                        | 43-99101-4183 | São J. do Sertão        |    |
| 11 | Guany Marulli L. de Moura       | Enfermeira                 | 43 98605 4008 | N. São Baía             |    |
| 12 | Guine Z. G. Almeida             | Enfermeiro                 | 43 99196-1552 | N. São Baía             |    |
| 13 |                                 |                            |               |                         |                                                                                       |
| 4  |                                 |                            |               |                         |                                                                                       |
| 5  |                                 |                            |               |                         |                                                                                       |
| 6  |                                 |                            |               |                         |                                                                                       |
| 7  |                                 |                            |               |                         |                                                                                       |
| 8  |                                 |                            |               |                         |                                                                                       |
| 9  |                                 |                            |               |                         |                                                                                       |
| 10 |                                 |                            |               |                         |                                                                                       |
| 11 |                                 |                            |               |                         |                                                                                       |
| 12 |                                 |                            |               |                         |                                                                                       |
| 13 |                                 |                            |               |                         |                                                                                       |

IMPRIMIR

FECHAR



**2ª Via - Comprovante de Transferência de Valores**  
via GovConta Caixa

|               |                           |
|---------------|---------------------------|
| Emitente:     | FMS NOVA SANTA BAR ASSIST |
| Conta Origem: | 0910/006/00000272-7       |

|                       |                                |
|-----------------------|--------------------------------|
| Conta Destino:        | 0910/1288/000926128728-5       |
| Nome do Destinatário: | ALINE CAMPOS GONCALVES ALMEIDA |
| Valor:                | R\$ 40,00                      |

|                                 |                       |
|---------------------------------|-----------------------|
| Data de Débito:                 | 22/04/2021 - 08:41:27 |
| Data da Operação:               | 22/04/2021            |
| Código da Operação:             | 76779298              |
| Chave de Segurança:             | 5A71SWP2HPX4F9XZ      |
| Operação realizada com sucesso. |                       |