



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°
4264	26/10/2021	4387	3945/2021	2442/2021	

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
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	102602	26/10/2021	R\$ 40,00

Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 2442/2021.

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 **3945/2021** Emitido em **20/10/2021** Requisição Nº _____ Empenho Nº **2442/2021**

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**

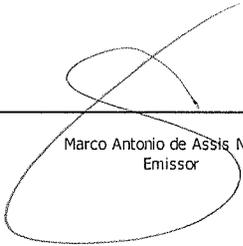
Classificação da despesa _____
 08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho **R\$ 40,00**
 08.001 Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado **R\$ 40,00**
 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Saldo à Liquidar **R\$ 0,00**
 3.3.90.14.14.03 AGENTES POLÍTICOS
 2700 00303 Saúde -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

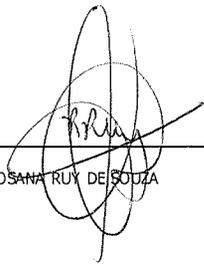
Outras informações _____

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 SOBRE O NOVO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMARIA EM SAUDE - PREVINE BRASIL NO ANFITEATRO DA UENP - CAMPUS CORNELIO PROCOPIO NO DIA 22/10/2021 (SEXTA FEIRA), COM SAIDA PREVISTA AS 07:30 HORAS DO DIA 22 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 **2442/2021** Tipo **Ordinário** Emitido em **20/10/2021** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

Licitação _____ Tipo _____ Número _____
Sem licitação

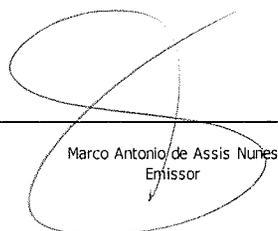
Contrato/Aditivo _____
Seqüência Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

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 **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620758-8**

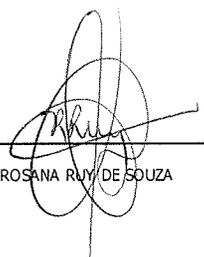
Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior **R\$ 39.770,00**
08.001 Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado **R\$ 40,00**
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Saldo atual **R\$ 39.730,00**
3.3.90.14.14.03 AGENTES POLÍTICOS
2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)
Do Exercício

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 SOBRE O NOVO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE - PREVINE BRASIL NO ANFITEATRO DA UENP - CAMPUS CORNELIO PROCOPIO NO DIA 22/10/2021 (SEXTA FEIRA), COM SAÍDA PREVISTA AS 07:30 HORAS DO DIA 22 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 321/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 20/10/21

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 sobre Novo Financiamento da Atenção Primária em Saúde - **PREVINE BRASIL** no anfiteatro da UENP - Campus Cornélio Procópio no dia **22/10/2021** (sexta-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: Mauro

Nome

[Assinatura]
Assinatura

20/10/21
Data

Memo. Circular n.º SCAPS/09/2021

Cornélio Procópio, 13 de outubro de 2021.

Da: 18ª Regional de Saúde /SCAPS
Para: SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Prezados(as) Secretário Municipal de Saúde

Assunto: Novo Financiamento da Atenção Primária em Saúde – PREVINE BRASIL.

Considerando o Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária em Saúde - APS no âmbito do SUS, determinado pela Portaria 2.979 de Novembro de 2019 trazendo novas propostas com relação ao trabalho desenvolvido pela APS.

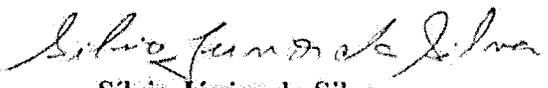
Com objetivo de sistematizarmos as ações na abrangência da 18ª RS convidamos para uma reunião que acontecerá no dia **22 de Outubro de 2021 às 09h00m**, no Auditório da Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP, PR 160, Km 0 (saída para Leópolis), Cornélio Procópio.

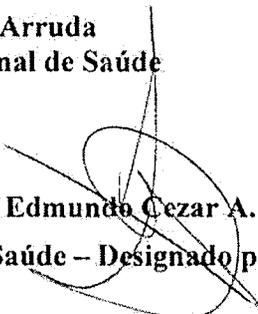
O convite destina-se ao Secretário(a) Municipal de Saúde, a um enfermeiro(a) da Atenção Primária, um técnico responsável pelo E-SUS AB (e/ou Sistema próprio) e um ACS.

“É obrigatório o uso da máscara!”

Atenciosamente,


Erika Róberta Marino de Arruda
Enfermeira SCAPS - 18ª Regional de Saúde


Sílvio Júnior da Silva
Chefe SCAPS 18ª Regional de Saúde


Edmundo Cezar A. Verona
Diretor 18ª Regional de Saúde – Designado pela Resolução SESA nº 0729/2021



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

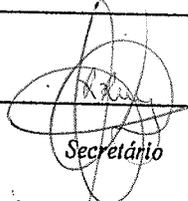
E 2442/21
Pg 26/10
nº 4264

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Rosana Ley de Souza</i>		Cargo ou Função: <i>Secretária mun. 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
<i>23/10/2021</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>27/10/2021</i>	Nome:  Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>23/10/2021</i>	<i>Reunião sobre novo financiamento da Atenção Primária em Saúde - Prêmio Brasil, no anfiteatro da UENP em Cornélio Procopio.</i>

Observações:

CAPACITAÇÃO INDICADORES DE DESEMPENHO "PREVINE BRASIL" - 22 DE OUTUBRO DE 2021
18ª REGIONAL DE SAÚDE - CORNELIO PROCÓPIO

LISTA DE PRESENÇA

Nº	NOME	TELEFONE	FUNÇÃO	MUNICIPIO	ASSINATURA
1	Alcides José Silva Crescente	43 35 20 5512	Coordenador de Saúde	Coronel Procopio	
2	Quirina M. Lourenço Moura	43 99 605 408	Enf. Epidemiologia	N. S. Barbana	
3	Renaldes Luiz de Souza	43 99 103-3058	S. M. S.	N. S. Barbana	
4	Luana C. G. Almeida	99 196-1557	Enf. RST	N. S. Barbana	
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					



Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
26/10/2021 - AUTOATENDIMENTO - 16.20.35
2573902573 SEGUNDA VIA 0003

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: 26/10/2021

=====

DOCUMENTO: 102602
AUTENTICACAO SISBB: 8.358.6D9.8B2.4CB.531

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CLAUDEMIR VALERIO.