



Município de Nova Santa Bárbara - PR

CNPJ: 95561080000160 IE: CEP: 86250000 Cidade: Nova Santa Bárbara
Endereço: Rua Walfredo Bittencourt de Moraes, 222 - Centro Fone: (43) 3266-8100 Fax: Mesmo

NOTA DE PAGAMENTO

Nº 27154 Data 16/05/2019 Previsão Nº 3161 Liquidação Nº 3126/2019 Empenho Nº 1345/2019 Requisição Nº

Localização: Tipo: Sem licitação Número

Contrato/Aditivo: Descrição: Contrato

Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Destinatário: Fornecedor: CLAUDIO ALDO SILVESTRE

Endereço: ISMAEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA Matrícula: 728-5 CPF/CNPJ: 737.682.199-68

Cidade: Nova Santa Bárbara/PR CEP: 86250-000 Fone: 32661389 Bairro: CENTRO

Classificação da despesa: 2490 08 Secretaria Municipal de Saúde Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 237 Agência: 57-4 Conta: 620300-0

08.001 Fundo Municipal de Saúde

10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde

3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

Outras informações: Valor: R\$ 800,00

Retenções: Total de retenções: R\$ 0,00

Recursos: Valor líquido: R\$ 800,00

00000 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Documento: 051601 Data: 16/05/2019 Valor: R\$ 800,00

Conta bancária 749850 - BB - SUS - Fundo Saúde - 051601

Recibo: Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 1345/2019.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

KATIA GARDENIA DOS SANTOS Tesoureira

MICHELE SOARES DE JESUS



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 3126/2019 Emissão em 08/05/2019 Requisição Nº Empenho Nº 1345/2019

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 CLODOALDO SILVESTRE Matrícula 728-5 CPF/CNPJ 737.682.199-68
Endereço ISMAEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA Bairro CENTRO
Cidade/UF Nova Santa Bárbara/PR CEP 86250-000 Fone 32661389 Tipo de conta bancária Conta Corrente Banco 237 Agência 57-4 Conta 620300-0

Classificação da despesa
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho R\$ 800,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado R\$ 800,00
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Saldo à Liquidar R\$ 0,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Outras informações

Retenções
Total de retenções R\$ 0,00
Valor líquido R\$ 800,00

Servidor que autorizou a liquidação
40221 - MICHELE SOARES DE JESUS

Histórico
DECLARAMOS QUE OS SERVIÇOS/OBRAS/MATERIAIS A QUE SE REFERE ESTA LIQUIDAÇÃO FORAM RECEBIDAS PELA ADMINISTRAÇÃO.


Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor


MICHELE SOARES DE JESUS

7498-5
Banco
ag 57-4
01 620300-0



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	Tipo	Emitido em	Requisição N°	Req. Compra N°
1345/2019	Ordinário	08/05/2019		

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
CLODOALDO SILVESTRE	728-5	737.682.199-68

Endereço	Bairro
ISMAEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA	CENTRO

Cidade/UF	CEP	Fone	Tipo de conta bancária	Banco	Agência	Conta
Nova Santa Bárbara/PR	86250-000	32661389	Conta Corrente	237	57-4	620300-0

Classificação da despesa

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
2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)
Do Exercício

Saldo anterior
R\$ 75.690,00

Valor empenhado
R\$ 800,00

Saldo atual
R\$ 74.890,00

Outras informações

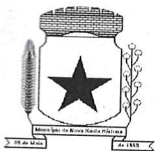
Histórico

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA CLODOALDO SILVESTRE, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.

Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS
Contador

MICHELE SOARES DE JESUS



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

e-1345

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº121/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 08/05/19

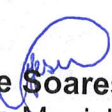
ASSUNTO: Solicitação de diária Motorista

Mediante autorização desta Secretaria Municipal de Saúde Solicito empenho e pagamento de diária no valor de **R\$800,00 (oitocentos reais)**, para as despesas com alimentação do Motorista, **Clodoaldo Silvestre** haja vista que as viagens são realizadas fora do Município.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

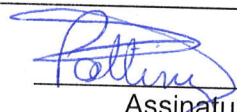
e- 2490
f- 7285

Atenciosamente,


Michele Soares de Jesus
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome


Assinatura

08/05/19
Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BARBARA

OK 1345/19
16/05/19
nº 3154

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Clotilde Gilstru</u>	Carga ou Função: <u>Clotilde - Motociclista</u>
Orgão: _____	Nota de Empenho Nº: _____
Unidade Administrativa: _____	Solicitação Nº: <u>1345</u>

DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____
Nº DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____

TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
14/05/19	40,00			40,00
15/05/19	40,00			40,00
16/05/19	40,00			40,00
17/05/19	40,00			40,00
20/05/19	40,00			40,00
21/05/19	40,00			40,00
TOTAL	R\$ - 240,00			240 - 240,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ _____

Nome: <u>Clotilde Gilstru</u>	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____
-------------------------------	---	-------------

Assinatura do Tesoureiro: _____

HISTÓRICO DO ITINERÁRIO

DATA	
14/05/19	Viagem p/ Cornélio Procopio Santa casa P. Thanaora de la
15/05/19	Viagem p/ Hemodialise em Cornélio Procopio
16/05/19	Viagem p/ Carnop Cornélio Procopio - P. Benedita S. Rodrigue
17/05/19	Viagem p/ Hemodialise em Cornélio Procopio
20/05/19	Viagem p/ Hemodialise em Cornélio Procopio
21/05/19	Viagem p/ ST. Mariana Hospital, P. Jureli Valim

Observações: _____



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Clotilde Liberti</u>	Cargo ou Função: <u>Motociclista</u>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: <u>1345</u> Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

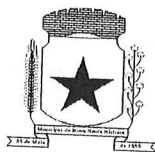
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
22/05/19	40,00			40,00
23/05/19	40,00			40,00
24/05/19	40,00			40,00
27/05/19	40,00			40,00
28/05/19	40,00			40,00
29/05/19	40,00			40,00
TOTAL	R\$-240,00			R\$-240,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

Nome: _____ Assinatura do Funcionário _____/_____/_____	Nome: _____ <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	--	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
22/05/19	Viagem p/ Hemodiálise em família Pracpio.
23/05/19	Viagem p/ CORNELIO Pracpio Regional de Saúde, P. Maria A. S.
24/05/19	Viagem p/ Hemodiálise em família Pracpio.
27/05/19	Viagem p/ Hemodiálise em família Pracpio.
28/05/19	Viagem p/ frequência de freq. Humonites, P. Delmira de Jesus
29/05/19	Viagem p/ Hemodiálise em família Pracpio.

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBO

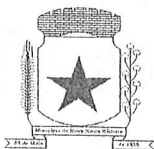
Funcionário:	<i>Cláudio J. J. de Siqueira</i>	Cargo ou Função:	<i>Médico</i>
Órgão:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Nota de Empenho N°:	1345
Unidade Administrativa:		Solicitação N°	
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____			
N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: ____			
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$			

RESUMO DAS DESPESAS				
DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
30/05/19	40,00			40,00
31/05/19	40,00			40,00
03/06/19	40,00			40,00
04/06/19	40,00			40,00
05/06/19	40,00			40,00
06/06/19	40,00			40,00
TOTAL	R\$ - 240,00			40,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ - 240,00

Nome:	Nome:	Nome:
<i>Cláudio J. J. de Siqueira</i>	<i>[Assinatura]</i>	
Assinatura do Funcionário	Secretário	Assinatura do Tesoureiro

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
30/05/19	Viagem a São Jerônimo da Serra - Humaitás - P. Palmira B. de Lima
31/05/19	Viagem a Hemedialise em família Procopio
03/06/19	Viagem a Hemedialise em família Procopio
04/06/19	Viagem a Cinep. em família Procopio, P. Vanessa Bicca
05/06/19	Viagem a Hemedialise em família Procopio
06/06/19	Viagem a Proxenos, João de Brito - P. Maria J. Bigola

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Clodoaldo Fiebert</u>	Cargo ou Função: <u>Motorista</u>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: <u>1345</u> 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
07/06/19	40,00 ✓			40,00
10/06/19	40,00 ✓			40,00
TOTAL	R\$ - 80,00			R\$ - 80,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

Nome: <u>Clodoaldo Fiebert</u> Assinatura do Funcionário _____/____/____	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
07/06/19	Viagem p/ Hemodiálise em Fonele Próprio.
10/06/19	Viagem p/ Hemodiálise em Fonele Próprio.

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2844/2019

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
14/05/2019

SAÍDA:
06:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	THAINARA NEVES VIRGINIO DE LIRA	ENDOSCOPIA	SANTA CASA	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		SPIN PRETA		

*** PEGAR NA CASA DO MAURÃO



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2855/2019

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
16/05/2019

SAÍDA:
06:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	BENEDITA DE SOUZA RODRIGUES	TOMOGRAFIA	CISNOP	
2	ACOMP			
3	JOSE HERCULANO	PROCEDIMENTO	NEFRONOR	
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		SANDEIRO		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 2866/2019

DESTINO:
SANTA MARIANA

DATA:
21/05/2019

SAÍDA:
12:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JOSIELE VALINS	991104483	HOSP. SANTA ALICE	ESPERAR NO POSTO DE GUARDA DE AMOREIRA
2	ANA PAULA LACERDA	991799349		PEGAR NA CASA
3	LICA ENFERMEIRA			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		FIAT TORO		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2875/2019

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
23/05/2019

SAÍDA:
07:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA APARECIDA DA SILVA (FARMACEUTICA)		ALMOXARIFADO DA FARMACIA	
2				
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		FIAT TORO		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 2890/2018

DESTINO:
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:
28/05/2019

SAÍDA:
08:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	DELVIRA ROSA DE JESUS REIS	991982418	HUMANITAS	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	JOSE AUGUSTO FELIZ SOUZA	991930344	DR. FAUSTINO	PEGAR NA CASA
4	ACOMP			
5	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		SPIN PRETA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 2899/2018

DESTINO:
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:
30/05/2019

SAÍDA:
07:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	PALMIRA BRIZOLA DE LIMA	(11)995781230	HUMANITAS	PEGAR NA CASA – ESQUINA DO POSTO
2	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		SANDEIRO		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2911/2019

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
04/06/2019

SAÍDA:
6:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	APARECIDO AMARAL	NEURO	CISNOP	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	LUBELIA BRAZ DA SILVA	ORTO	CISNOP	PEGAR NA CASA
4	DIONATHAN WILLIAN DE ANDRADE		CAPS II	RODO
5	ACOMP			
6	VANESA BIECCO	PSICOLOGA	CISNOP	
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		VAN DA HEMODIALISE		

SENHOR MOTORISTA, ASSIM QUE OS PACIENTES DA HEMODIALISE FICAREM PRONTOS, VEJA OUTROS PACIENTES QUE ESTÃO PRONTOS, FAÇA A LOTAÇÃO, AVISE SEU CICERO E VOLTE.

Ajudar o seu Cícero no transporte da manhã. Vai faltar lugar na van dele



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2920/2019

DESTINO:
ARAPONGAS

DATA:
06/06/2019

SAÍDA:
05:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA JESUS BRIZOLA	CONS. VASCULAR	JOAO DE FREITAS	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		SANDEIRO		

16/05/2019

Banco do Brasil

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
16/05/2019 - AUTOATENDIMENTO - 08.53.35
2573902573 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
DOC ELETRONICO

CLIENTE: PM NOVA S BARBARA - EC 29
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 7.498-5

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE
REMETENTE : PM NOVA S BARBARA - EC 29
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0057-4 - ASSAI
CONTA: 620.300-0

FAVORECIDO: CLODOALDO SILVESTRE
CPF/CNPJ: 737.682.199-68
VALOR: R\$ 800,00
DEBITO EM: 16/05/2019

=====

DOCUMENTO: 051602
AUTENTICACAO SISBB: 0.9F0.1E5.CD3.CDB.717