



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°
8080	06/11/2019	8094	7754/2019	3116/2019	

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: **CLODOALDO SILVESTRE** Matrícula: 728-5 CPF/CNPJ: 737.682.199-68
 Endereço: RUA 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
 2490 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\$ 800,00**

Outras informações

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

Recursos
 00003 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 110603 06/11/2019 R\$ 800,00

Recibo
 Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 3116/2019.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

 KATIA GARDENA DOS SANTOS
 Tesoureira

 MICHELE SOARES DE JESUS



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 LIQUIDAÇÃO

Número **77754/2019** Emitido em **30/10/2019** Requisição Nº _____ Empenho Nº **3116/2019**

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

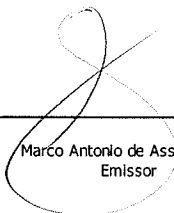
Credor Fornecedor **CLODOALDO SILVESTRE** Matrícula **728-5** CPF/CNPJ **737.682.199-68**
 Endereço **RUA ISMAEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA** Bairro **CENTRO**
 Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **32661389** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4**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


Classificação da despesa
08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo do empenho**
08.001 Fundo Municipal de Saúde **R\$ 800,00**
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 800,00**
2490 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\$ 800,00

Servidor que autorizou a liquidação **40221 - MICHELE SOARES DE JESUS**

Histórico
 NESTA 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


 MICHELE SOARES DE JESUS
 Autorizador

17915-9

Brudero
 av 0057-4
 C/ 620300-0



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

Numero **3116/2019** Tipo **Ordinário** Emitido em **30/10/2019** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

Licitação _____ Tipo _____ Número _____
 Sem licitação

Contrato/Aditivo _____ 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**

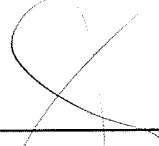
Endereço **RUA ISMAEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA** Bairro **CENTRO**

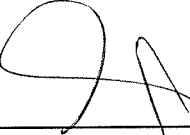
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **32661389** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620300-0**


Classificação da despesa		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 39.290,60
08.001	Fundo Municipal de Saúde	
10.301.0320.2025	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS	R\$ 800,00
2490	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
	Do Exercício	R\$ 38.490,60

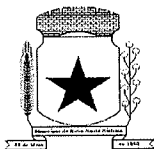
Outras informações _____

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 ALMEIDA
 Contador - CRC: 046096


 MICHELE SOARES DE JESUS



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº259/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 30/10/19

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.

Atenciosamente,

C- 2490
F- 7285


Michele Soares de Jesus
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome


Assinatura

30/10/19
Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 3116/19
Pg 06/11/19
n: 8010

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Cláudio Hilstru</i>	Cargo ou Função: <i>Motorista</i>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: 3116 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
05/11/19	40,00			40,00
06/11/19	40,00			40,00
07/11/19	40,00			40,00
08/11/19	40,00			40,00
11/11/19	40,00			40,00
12/11/19	40,00			40,00
TOTAL	R\$ = 240,00			R\$ = 240,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				RS

Nome: <i>Cláudio Hilstru</i> Assinatura do Funcionário	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
05/11/19	Viagem ?/ São Jerônimo da Serra P- Hugo Marques.
06/11/19	Viagem ?/ Hemodialise em Jarvelo Itaipava.
07/11/19	Viagem ?/ Jarvelo Itaipava, P- Maria Zene Corvel 18ª Regional
08/11/19	Viagem ?/ Hemodialise em Jarvelo Itaipava.
11/11/19	Viagem ?/ Hemodialise em Jarvelo Itaipava.
12/11/19	Viagem ?/ Refeição P. José Herculanio Silva - CP.

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Cláudio Hilário</u>	Cargo ou Função: <u>Médico</u>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa: _____	Nota de Empenho N°: <u>3116</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
13/11/19	40,00			40,00
14/11/19	40,00			40,00
15/11/19	40,00			40,00
17/11/19	40,00			40,00
19/11/19	40,00			40,00
20/11/19	40,00			40,00
TOTAL	240,00			240,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
13/11/19	Viagem ?/ Hemodiálise em Canelão do Rio Negro
14/11/19	Viagem ?/ Canelão do Rio Negro ? moradia ? 10ª Regional
15/11/19	Viagem ?/ Hemodiálise em Canelão do Rio Negro -
17/11/19	Viagem ?/ Hemodiálise em Canelão do Rio Negro.
19/11/19	Viagem ?/ Coor. Proc. Nefroner, P. Lúcia B. da Silva
20/11/19	Viagem ?/ Hemodiálise em Canelão do Rio Negro.

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Clodoaldo Silvestre</i>	Cargo ou Função: <i>Motociclista</i>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho Nº: 3116 Solicitação Nº
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
<i>21/11/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>22/11/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>25/11/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>26/11/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>27/11/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>28/11/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL	<i>R\$ = 240,00</i>			<i>R\$ = 240,00</i>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>21/11/19</i>	<i>Viagem p/ Carmelito Precioso refazer P. Lubilia B. da Silva</i>
<i>22/11/19</i>	<i>Viagem p/ Hemetolera em Carmelito Precioso.</i>
<i>25/11/19</i>	<i>Viagem p/ Hemetolera em Carmelito Precioso.</i>
<i>26/11/19</i>	<i>Viagem p/ Carmelito Precioso, sexta, casa P. Dora Cavoni</i>
<i>27/11/19</i>	<i>Viagem p/ Hemetolera em Carmelito Precioso.</i>
<i>28/11/19</i>	<i>Viagem p/ João Luis Carmelito Precioso, P. Maria da Conceição</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Clotilde de Azevedo</i>	Cargo ou Função: <i>Médica</i>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: <i>3116</i> Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

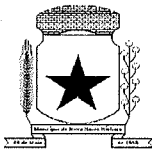
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>29/11/19</i>	<i>4000</i>			<i>4000</i>
<i>02/12/19</i>	<i>4000</i>			<i>4000</i>
TOTAL	<i>R\$=8000</i>			<i>R\$=8000</i>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

Nome: <i>Clotilde de Azevedo</i> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>29/11/19</i>	<i>Viajem p/ Hematologia em Curitiba - PR</i>
<i>02/12/19</i>	<i>Viajem p/ Hematologia em Curitiba - PR</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3435/2018

DESTINO:
SÃO JERONIMO DA SERRA

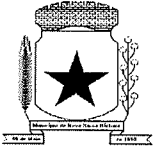
DATA:
05/11/2019

SAÍDA:
07:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	DELVIRA ROSA DE JESUS DOS REIS	DERMATO	HUMANITAS	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	MARIA APARECIDA TRINDADE	DERMATO	HUMANITAS	
4	HYAGO MARQUES	DERMATO	HUMANITAS	
5	DORACINA BUENO R. DE PAULA	DERMATO	HUMANITAS	
6	ACOMP			
7	ADEMILTON S. NOGUEIRA	DERMATO	HUMANITAS	
8	DEMERSON DE SOUZA	DERMATO	HUMANITAS	
9	JHONATAN LUCAS TOSTE GABRIEL	DERMATO	HUMANITAS	
10	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO:		AMBULANCIA		

FAVOR, FAZER EM DUAS VIAGENS



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3460/2019

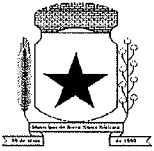
DESTINO:
CORNELIO

DATA:
07/11/2019

SAÍDA:
12:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA JOANA CARRIEL	CURSO FARMÁCIA	18º REGIONAL	PEGAR NA CASA
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 3459/2019

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
12/11/2019

SAÍDA:
10:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JOSE HERCULANO DA SILVA	HEMODIALISE	NEFRONOR	PEGAR NA CASA
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 3537/2019

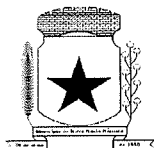
DESTINO:
CORNELIO

DATA:
14/11/2019

SAÍDA:
07:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA JOANA FARMACIA	BUSCAR MEDICAMENTO		
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO:		VAN DA HEMODIALISE		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3479/2019

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
19/11/2019

SAÍDA:
07:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LUBELIA BRAZ DA SILVA	COLETA DE SANGUE	NEFRONOR	
2	ELIZA BARBARA DOS SANTOS	EDA	PERISSE	PEGAR NA CASA 991787813
3	ACOMP			
4	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 3538/2019

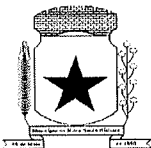
DESTINO:
CORNELIO

DATA:
21/11/2019

SAÍDA:
12:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LUBELIA BRAZ DA SILVA	FISTULA	NEFRONOR	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO:		FIAT TORO		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3507/2019

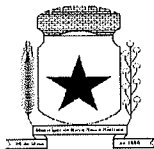
DESTINO:
CORNELIO

DATA:
26/11/2019

SAÍDA:
11:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LUBELIA BRAZ DA SILVA		NEFRONOR	PEGAR NA CASA
2	DEBORA MENDES DO CARMO	VISITA	SANTA CASA	
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 3539/2019

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
28/11/2019

SAÍDA:
15:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA DA CONCEIÇÃO SANTOS MATOS	CONSULTA CLINICA	JOAO LIMA	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		SANDEIRO		

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
06/11/2019 - AUTOATENDIMENTO - 09.09.10
2573902573 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
DOC ELETRONICO

CLIENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 17.915-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE
REMETENTE : FMS NOVA ST BARBARA - FUS
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: 06/11/2019

=====

DOCUMENTO: 110603
AUTENTICACAO SISBB: B.E8F.22D.164.BD7.D18

Transação efetuada com sucesso por: JB534388 MICHELE S JESUS.