



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 N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
3091	17/08/2021	3095	2789/2021	1692/2021	

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 JOSE WILSON DA SILVA Matrícula 3057-1 CPF/CNPJ 365.263.989-87
Endereço RUA ARMANDO RUY, 293 - CASA Bairro ALTO DA BOA VISTA
Cidade/UF Nova Santa Bárbara/PR CEP 86250-000 Fone 43996764183 Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 237 57-4 620655-7

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
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Valor R\$ 800,00

Outras informações _____

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

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	081701	17/08/2021	R\$ 800,00

Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 1692/2021.

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 **2789/2021** Emitido em **03/08/2021** Requisição Nº _____ Empenho Nº **1692/2021**

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 **JOSE WILSON DA SILVA** Matrícula **3057-1** CPF/CNPJ **365.263.989-87**
Endereço **RUA ARMANDO RUY, 293 - CASA** Bairro **ALTO DA BOA VISTA**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **43996764183** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620655-7**

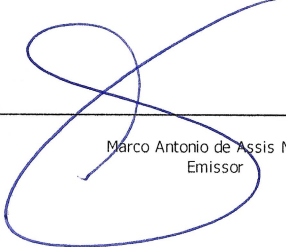
Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho **R\$ 800,00**
08.001 Fundo Municipal de Saúde
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado **R\$ 800,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Saldo a Liquidar **R\$ 0,00**
2700 00303 Saúde - Receitas 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 _____
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Histórico _____
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA JOSE WILSON DA SILVA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.


Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor


ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9



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 **1692/2021** Tipo **Ordinário** Emitido em **03/08/2021** 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 **JOSE WILSON DA SILVA** Matrícula **3057-1** CPF/CNPJ **365.263.989-87**
Endereço **RUA ARMANDO RUY, 293 - CASA** Bairro **ALTO DA BOA VISTA**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **43996764183** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620655-7**
Classificação da despesa _____

08 Secretaria Municipal de Saúde
08.001 Fundo Municipal de Saúde **Saldo anterior R\$ 59.090,00**
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Valor empenhado R\$ 800,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **Saldo atual R\$ 58.290,00**
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 AO MOTORISTA JOSE WILSON DA SILVA, 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

ROSANA RUY DE SOUZA



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 240/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 03/08/2021

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, **Jose Wilson da Silva** haja vista que as viagens são realizadas fora do Município.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

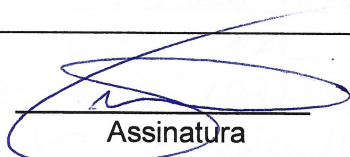
E-1692

C- 2700
F- 30571


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:

Marco Nunes
Nome


Assinatura

03 / 08 / 21
Data



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

E 1692/21
R 14/08
nº 3091

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Jose Wilson da Silva</u>	Cargo ou Função: <u>Motorista</u>
Órgão: <u>Secretaria Municipal de Saúde</u> Unidade Administrativa:	Nota de Empenho Nº: Solicitação Nº
DESPESA REALIZADA COM RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: ____/____/____ NUMERO DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: _____	

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
12/08/2021	40,00			40,00
16/08/2021	40,00			40,00
18/08/2021	40,00			40,00
20/08/2021	40,00			40,00
22/08/2021	40,00			40,00
23/08/2021	40,00			40,00
24/08/2021	40,00			40,00
25/08/2021	40,00			40,00
26/08/2021	40,00			40,00
28/08/2021	40,00			40,00
30/08/2021	40,00			40,00
31/08/2021	40,00			40,00
TOTAL	480,00			480,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				480,00

RESUMO DAS DESPESAS

Nome: <u>Jose Wilson da Silva</u> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
12/08/2021	NSB.P. cornelio CAPS 968 Izamara Rodrigues
16/08/2021	NSB.P. londrina consulto 976 maria joana carriel
18/08/2021	NSB.P. jacarezinho HOSP De Olhos 993 Eledimar Santos
20/08/2021	NSB.P. Arapangos HU 1004 Antonio Rodrigues
22/08/2021	NSB.P. cornelio Santa casa Antonio Carlos carreira
23/08/2021	NSB.P. londrina C.L Salus 1017 marlene Prestes
24/08/2021	NSB.P. cornelio USG 1021 maria Solange de Silva
25/08/2021	NSB.P. londrina I.C.L 1032 maria Aparecida da Silva
26/08/2021	NSB.P. jacarezinho cirurgia 1039 maria da Silva Santos
28/08/2021	NSB.P. cornelio Alta Doaleir Salvador
30/08/2021	NSB.P. londrina curso 1047 Anada BORTO
31/08/2021	NSB.P. S. Jerônimo da Serra 1056 Nadir Portel Schultes



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

3.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Jose Wilson da Silva</u>	Cargo ou Função: <u>motorista</u>
Órgão: Secretaria Municipal de Saúde Unidade Administrativa:	Nota de Empenho Nº: Solicitação Nº
DESPESA REALIZADA COM RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: ____/____/____ NUMERO DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: _____	

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
01/09/2021	40.00			40.00
03/09/2021	40.00			40.00
05/09/2021	40.00			40.00
07/09/2021	40.00			40.00
09/09/2021	40.00			40.00
10/09/2021	40.00			40.00
11/09/2021	40.00			40.00
13/09/2021	40.00			40.00
	320.00			320.00
TOTAL	320.00			320.00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				320.00

Jose Wilson da Silva

RESUMO DAS DESPESAS

Nome: <u>Jose Wilson da Silva</u> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
01/09/2021	N.S.B.P. Londrina Físio 10.58 Marcos Gabriel Carmate
03/09/2021	N.S.B.P. Londrina CURSO 1071 Amanda Boetolo
05/09/2021	N.S.B.P. Cornélio Alta Artur Coelho Puy
07/09/2021	N.S.B.P. Cornélio Bazar Corridi
09/09/2021	N.S.B.P. Cornélio Tomo 1090 Elizabeth Pereira Nunes
10/09/2021	N.S.B.P. Jacarezinho Cirurgia 1099 Edite Ferreira
11/09/2021	N.S.B.P. Cornélio consulta Ana Paula
13/09/2021	N.S.B.P. Arapongas Londrina ICH 1101 Benedito Alcides Goes



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 968/2021

DESTINO:
CORNELIO PROCOPIO

DATA:
12/08/2021

SAÍDA:
08:30HR

RESPONSÁVEL:

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	IZAMARA RODRIGUES	CAPS	SÓ LEVAR	PEGAR NA CASA, PERTO DA VICENTINA
2	ACOMP	PEGAR O PAI EM SÃO SEBASTIAO AMOREIRA		
3				
4				
MOTORISTA		JOSE WILSON		
VEICULO		SPIN		

Matalino

awa lucia miguel

Benno

Delora



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 976/2021

DESTINO:
LONDRINA +

DATA:
16/06/2021

SAÍDA:
05:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1 X	MARIA JOANA CARRIEL	IBIPORA		PEGAR NA CASA
2 X	VANESSA FERNANDES BIECO	HOSP DE OLHOS		
3 ✓	ACOMP			
4	AMANDA BORTOTTI	CURSO	PEGAR NO TREVO DE ASSAI	
5 X	ROSANGELA VIEIRA	CARDIO		PEGAR NA CASA DO JOAO IRMÃO DO LEONILDO
6	Maria Ap: J. Soares	Cardio	Arapongas	
7	Imes Ap: J. Soares	Hosp de Olhos		
8	Comp de M: Ap: J. Soares			
9	Guilherme Garmate (Brancos)		Pegar na casa	
10				
11				
12				
13				
14				
15				
MOTORISTA		JOSE WILSON		
VEICULO		VAN		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 993/2021

DESTINO:
JACAREZINHO

DATA:
18/08/2021

SAÍDA:
04:00

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	FLORDIOMAR F. SANTOS	HOSP DE OLHOS	PEGAR NA CASA	
2	ACOMP			
MOTORISTA		JOSE WILSON		
VEICULO		SPIN		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1004/2021

DESTINO:
ARAPONGAS+ LONDRINA

DATA:
20/08/2021

SAÍDA:
05:30HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ordem	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ANTONIO RODRIGUES 9916.19.90X	USG	HU	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	AMANDA BORTOTTI	CURSO	PEGAR NA TREVO ASSAI	
4	MARCOS GABRIEL GARMATE	FISIO		PEGAR NA CASA DA BRANCA
5	ACOMP			
6	NEUCI EGIDIO DE PAULA	HC	PEGAR NA CASA	
7	SOMIA PRUDENCIO P. MARTINS	RNM	ARAPONGAS	
8	ACOMP			
9	RAELEANDRA DIAS	TOMOGRAFIA	ARAPONGAS	
10	ELAINE BENATI			
11	Salvatore P. Gonzalez	Masp. de Olla		
MOTORISTA		JOSE WILSON		
VEICULO		VAN		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 1017/2021

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
23/07/2021

SAÍDA:
09:00HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARLENE ARISTIDES	COLONOSCOPIA	CL. SALUS	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA		JOSE WILSON		
VEICULO		AMBULANCIA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 1021/2021

DESTINO:
CORNELIO PROCOPIO

DATA:
24/08/2021

SAÍDA:
06:30

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.
1	MARIA SOLANGE DA SILVA	USG		
2	NILZA DE FATIMA P. PERZYSBES	USG		
3	SONIA MACIEL ZANELA	ENDOCRINOLOGISTA		
4	INES ALEXANDRE CARVALHO			
5	MARIA INEZ IZIDORO	GASTRO	CISNOP	
6	MARIA LUCIA	GASTRO	CISNOP	
7	CLEUZA PAULA	T. ESFORÇO	NEUROCOR	
8	JOSE MESSIAS	T. ESFORÇO	NEUROCOR	
9	ACOMP			
10	MARIA LUCIA CISCON	T. ESFORÇO	NEUROCOR	
11	JESUITA CARDOSO	T. ESFORÇO	NEUROCOR	
12	DANIELE AP. SILVA	TIRAR HOLTER	NEUROCOR	
13	ACOMP			
14	DEBORA MENDES DO CARMO	HOLTER	NEUROCOR	
15	VILMA SILVEIRA	ENDOSCOPIA	CLINICA PERISSE	
16	ACOMP			
17	MARIA DE FATIMA SOUZA	ENDOSCOPIA	CLINICA PERISSE	
18	VALERIA FREITAS	OFTALMO	HOSP DE OLHOS	SAIDA: 10:00
19	GUINALDO MARTINS	OFTALMO	HOSP DE OLHOS	SAIDA: 10:00
20	ANA CARLA OLIVEIRA	OFTALMO	HOSP DE OLHOS	SAIDA: 10:00
21	MARIA VITORIA	OFTALMO	HOSP DE OLHOS	SAIDA: 10:00
22	ACOMP			
23	JERONIMO RODRIGUES	OFTALMO	HOSP DE OLHOS	SAIDA: 10:00



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1032/2021

LONDRINA

DESTINO:

DATA:
25/08/2021

SAÍDA:
12:00HR

RESPONSÁVEL:
VALÉRIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs
1	MARIA APARECIDA DA SILVA	ICL	PEGAR NA CASA	
2	ACOMP			
3	ELZA DE ASSIS	ICL		SÓ VOLTA, SE ESTIVER PRONTA
4	ACOMP			
5	MARIA BENVINDA SOUZA	ICL		
6	ACOMP			
MOTORISTA		JOSE WILSON		
VEICULO		<i>Spin</i>		

Pagar resultado de Exame de Paciente

Victória Quintana. : Ecodoppler Carizes.

No End: Penada Souza Neves, 441 9ª andar 3º 92



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1039/2021

DESTINO:
JACAREZINHO

DATA:
26/08/2021

SAÍDA:
04:00

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.
1	MARIA DA SILVA SANTOS	CIRURGIA		
2	ACOMP			
3				
4				
MOTORISTA		JOSE WILSON		
VEICULO		SANDERO		