



Município de Nova Santa Bárbara - PR

CNPJ: 9556109000160 IE: _____
Endereço: Rua Walfrido Bittencourt de Moraes, 222 - Centro CEP: 86250000 Cidade: Nova Santa Bárbara
Fone: (43) 3266-8100 Fax: Mesmo

NOTA DE PAGAMENTO

Número **6328** Data **07/12/2022** Provisão Nº **6342** Liquidação Nº **5973/2022** Empenho Nº **3648/2022** Inscrição Nº _____

Classificação Tipo **Sem Ibitação** Número _____

Contrato/Aditivo Sequência **Contrato** Aditivo _____ Início da vigência _____ Fim da vigência _____ Fim da vig. atualizada _____ Início da execução _____ Fim da execução _____ Fim da exec. atualizada _____

Crédor Fornecedor **ANTONIO CARLOS BIGNARDI** Matrícula **20626-1** CPF/CNPJ **528.382.699-68**

Endereço **RUA WALFRIDO BITTENCOURT MORAES, 331 - CASA** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661254** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **60331-7**

Classificação da despesa **27 10 08 001** **08 Secretaria Municipal de Saúde**
10.301.0330.2024 **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**

Recurso **00303 - Saúde - Recelas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)** Documento **Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303** Data **120704** Valor **07/12/2022** **R\$ 40,00**

Recebido Município de Nova Santa Bárbara, a Importância de Quarenta Reais, referente ao pagamento do empenho nº 3648/2022.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

EDIVANIA MARTINS DE LIMA
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 **5973/2022** Emitido em **28/11/2022** Requisição N° _____ Empenho N° **3648/2022**

Licitação _____
Tipo **Sem licitação** Número _____
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 **ANTONIO CARLOS BIGNARDI** Matrícula **20626-1** CPF/CNPJ **528.382.699-68**
Endereço **RUA WALFREDO BITTENCOURT MORAES, 331 - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661254** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **60331-7**


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**
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Saldo a Liquidar **R\$ 0,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Outras informações _____

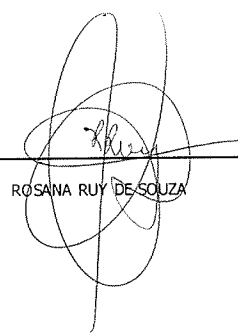
Retenções _____
Total de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 40,00**

Servidor que autorizou a liquidação _____
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Histórico _____
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO SERVIDOR ANTONIO CARLOS BIGNARDI, QUE IRÁ LEVAR PACIENTE ROSINEIA DA SILVA NA CIDADE DE LONDRINA/PR, NO DIA 28 DE NOVEMBRO DE 2022.



Eduardo do Socorro Araújo
Emissor



ROSANA RUY DE SOUZA



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 **3648/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **28/11/2022** 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 **ANTONIO CARLOS BIGNARDI** Matrícula **20626-1** CPF/CNPJ **528.382.699-68**

Endereço **RUA WALFREDO BITTENCOURT MORAES, 331 - CASA** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661254** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **60331-7**


Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior
08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 19.710,00
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 40,00
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo atual
Do Exercício R\$ 19.670,00

Outras informações _____

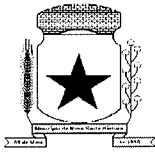
Histórico _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO SERVIDOR ANTONIO CARLOS BIGNARDI, QUE IRÁ LEVAR PACIENTE ROSINEIA DA SILVA NA CIDADE DE LONDRINA/PR, NO DIA 28 DE NOVEMBRO DE 2022.


Eduardo do Socorro Araújo
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 398/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 28/11/22

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 o funcionário **Antônio Carlos Bignardi** o qual irá levar a paciente Rosinéia da Silva para consulta de urgência no HOFTALON Hospital de Olhos de Londrina no dia **28/11/2022** (segunda-feira). Segue solicitação de leito em anexo.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Dados Bancários:

Banco Sicredi

Agência: 0717

Conta Corrente: 60331-7



206261


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome

Assinatura

Data

28, 11, 22



Espelho de Solicitação de Leito

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	ROZINEIA DA SILVA	Nº Prontuário:	1.759.544
Data de Nasc.:	05/06/1971 (51a, 5m, 23d)	Sexo:	Feminino
Nome da Mãe:	JANDIRA VICENTE DA SILVA	Nº CNS:	209.2993.7613.0000
Responsável:	JANDIRA VICENTE DA SILVA - Outro	Telefone(s):	(43)3266-1505
Endereço:	Ana Maria Sanches Larine, 98, Casa, Centro, 86.250-000 - Nova Santa Barbara/PR		(43)99125-2674

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Nº Solicitação:	2526552	Situação:	Aguardando Confirmação do Executante (Referenciado)	Tempo Espera Total:	0d, 0h
Data Solicitação:	28/11/2022 09:36			Tempo em Rejeitada:	0d, 0h
EAS Solicitante:	CENTRO DE SAUDE NOVA STA BARBARA (NOVA SANTA			Tempo Exceto Rej.:	0d, 0h
Telefone 1:	(43)99923-2946	Telefone 2:	(43)3266-8050	Tempo na Situação:	0d, 0h
EAS Executante:	HOFTALON HOSPITAL DE OLHOS (LONDRINA/PR)				
Telefone 2:		Telefone 2:	(43)3356-6000		

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Município Residência na abertura:	NOVA SANTA BARBARA
Idade Paciente na abertura:	51a, 5m, 23d
Solicitação Primária:	Solicitação Secundária:
Profissional Solicitante:	MARIO MAKOTO SATO - CRM-PR 14741
Responsável Cadastro:	Dienny Manuelli Lourenço de Moura
Estabelecimento Cadastro:	CENTRO DE SAUDE NOVA STA BARBARA

INFORMAÇÕES MÉDICAS DA ABERTURA DA SOLICITAÇÃO

CID:	H53 - Distúrbios visuais
Suspeita/Confirmado Covid-19:	Não
Ventilação Mecânica:	Não
Hipótese Diagnóstica:	distúrbio visual

Quadro Clínico, Principais Sinais e Sintomas: paciente refere visão turva, dor ocular intensa com excesso lacrimal, acuidade visual diminuída ,

Resultados exame: +++

SINAIS VITAIS / ESCALA DE GLASGOW / DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Temperatura:	36,2 °C	Abertura Ocular:
Freq. Respiratória:	20 inc/min	Melhor Resposta Motora:
Freq. Cardíaca:	80 bat/min	Melhor Resposta Verbal:
Pressão Arterial:	120 X 80 mmHG	Resultado da Avaliação:
Glicemia:		Altura:
Saturação:	99 %	Peso:
		Índice de Massa Corporal:

INFORMAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

Solicitação Psiquiátrica: Não

EVOLUÇÕES

Não existem dados de Evolução.



SESA-PR
REGULAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE

INFORMAÇÕES DA REGULAÇÃO

Médico Regulador: ERICA MIYUKI SAITO - CRM-PR 29205
Tipo Leito: CIRÚRGICO Especialidade: Oftalmologia
Tipo Leito Alternativo: Especialidade Alternativa:
Frequência Evolução: 12h
EAS Indicada: HOFTALON HOSPITAL DE OLHOS
Prioridade: Alta
Orientações ao Assistente: VAGA DE ACESSO HOFTALON.

DADOS DO ACEITE DA INDICAÇÃO DE LEITO

Não existem dados de Aceite da Indicação de Leito.

DADOS DE INTERNAÇÃO

Não existem dados de internação.

DADOS DE MANDADO JUDICIAL

Não existem dados de mandado judicial.

HISTÓRICO DA SITUAÇÃO

Data/Hora	Situação	Tempo	Usuário	Motivo/Observação
28/11/2022 09:36:42	Aguardando Regulação	6min	Dienny Manuelli Lourenço de Moura	
28/11/2022 09:43:27	Solicitação Regulada	10min	ERICA MIYUKI SAITO	Tipo/Especialidade: CIRÚRGICO/Oftalmologia Frequência de evolução: 12/12 h Prioridade: Alta
28/11/2022 09:53:35	Aguardando Confirmação do Executante (Referenciado)	36min	ALDA CRISTINA LUIZ ASSUMPCAO	EAS Indicado: 11084 - HOFTALON HOSPITAL DE OLHOS Tipo/Especialidade: CIRÚRGICO/Oftalmologia

HISTÓRICO DE REGULADORES ASSOCIADOS

Usuário	Data/Hora Início	Data/Hora Fim
ERICA MIYUKI SAITO	28/11/2022 09:42:37	28/11/2022 09:43:27

HISTÓRICO DE COMUNICAÇÃO ATIVA

Data/Hora	Remetente	Destinatário	Tipo	Situação
28/11/2022 09:53:27	ALDA CRISTINA LUIZ ASSUMPCAO - MACRO NORTE - LONDRINA - REGULAÇÃO DE LEITOS		Informativo	Em Andamento
Mensagem(s)	28/11/2022 09:53:27	VALERIA / AGENDADORA= ORIGEM CIENTE= Médico Regulador: ERICA MIYUKI SAITO - CRM-PR 29205 EAS INDICADA: HOFTALON HOSPITAL DE OLHOS (LONDRINA/PR) Prioridade:Alta Orientações ao Assistente:VAGA DE ACESSO HOFTALON.		

DOCUMENTOS ANEXADOS

Não existem documentos anexados.



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SANTA BÁRBARA

ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS

Funcionário: <i>Edson Carlos Bergner</i>	Cargo ou Função: <i>Deputado Mun.</i>
Orgão:	Nota de Empenho N Solicitação N°
Dotação Orçamentária: Especificação: _____	
TOTAL DO RESSARCIMENTO: _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>28-11-22</i>	<i>40.00</i>			<i>40.00</i>
TOTAL				<i>40.00</i>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				

Nome: <i>[Signature]</i>	Nome: <i>[Signature]</i>	Nome:
Assinatura do Funcionário <i>Edson Bergner</i>	Secretário	Assinatura do Tesoureiro

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>28.11.22</i>	<i>Viagem para levar Poliana Hospital de São Lourenço (Atolom) A Paciente Rosineia de Silva</i>

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
07/12/2022 - AUTOATENDIMENTO - 13.38.28
2573902573 SEGUNDA VIA 0002

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: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0717-X - SICREDI CAMBARA
CONTA: 60.331-7

FAVORECIDO: ANTONIO CARLOS BIGNARDI
CPF/CNPJ: 528.382.699-68
VALOR: R\$ 40,00
DEBITO EM: 07/12/2022

=====

DOCUMENTO: 120704
AUTENTICACAO SISBB: 3.DC5.91B.DF1.2B7.700