



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°
2951	02/05/2019	2963	2654/2019	1112/2019	

Licitação
Tipo: _____ Número: _____
Sem licitação
Contrato/Aditivo
Referência 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 FABIANO MENESES SANTOS Matrícula: 3064-3 CPF/CNPJ: 990.098.979-15
Endereço: AGUA DO HIRANO, 870 Bairro: AGUA DO HIRANO
Cidade/UF: Nova Santa Bárbara/PR CEP: 86250-000 Fone: 91541823 Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 748 Agência: 717-5 Conta: 60338-4

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 Valor: R\$ 100,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

Outras informações

Retenções
Total de retenções: R\$ 0,00

Valor líquido: R\$ 100,00

Recursos	Documento	Data	Valor
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Conta bancária 749850 - BB - SUS - Fundo Saúde - 050202	02/05/2019	R\$ 100,00

Recibo
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Cem Reais, referente ao pagamento do empenho número 1112/2019.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____


KATIA GARDÊNIA 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 **2654/2019** Emitido em **22/04/2019** Requisição Nº **1112/2019**

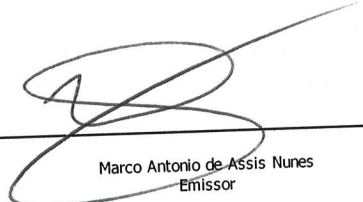
Licitação **Sem licitação** Número **---**
Contrato/Aditivo **---** Aditivo **---** Início da vigência **---** Fim da vigência **---** Fim da vig. atualizada **---** Início da execução **---** Fim da execução **---** Fim da exe. atualizada **---**


Credor **ANTONIO FABIANO MENESES SANTOS** Matrícula **3064-3** CPF/CNPJ **990.098.979-15**
Fornecedor **---** Endereço **AGUA DO HIRANO, 870** Bairro **AGUA DO HIRANO**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **91541823** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **574** Conta **501298-8**

Classificação da despesa	Saldo do empenho
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 100,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde	Valor liquidado
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 100,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	Saldo à Liquidar
2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	R\$ 0,00

Outras informações **---**
Retenções **---** Total de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 100,00**

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

Michele
ag 07/17
Cl 60338-4



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 **1112/2019** Tipo **Ordinário** Emitido em **22/04/2019** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

Licitação _____ Número _____
Tipo _____
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 _____
Seqüência _____ Contrato _____

Crédor _____ Matrícula _____ CPF/CNPJ _____
Remetedor **ANTONIO FABIANO MENESES SANTOS** 3064-3 990.098.979-15
Endereço _____ Bairro **AGUA DO HIRANO**
AGUA DO HIRANO, 870
Cidade/UF _____ CEP _____ Fone _____ Tipo de conta bancária _____ Banco _____ Agência _____ Conta _____
Nova Santa Bárbara/PR 86250-000 91541823 **Conta Corrente** 237 574 501298-8

Classificação da despesa _____ Saldo anterior _____
08 Secretaria Municipal de Saúde R\$ 78.490,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado _____
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde R\$ 100,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Saldo atual _____
2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) R\$ 78.390,00
Do Exercício

Outras informações _____
Histórico _____
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA ANTONIO FABIANO MENESES DOS SANTOS, QUE LEVARÁ A PACIENTE MONICA FERREIRA DA CRUZ, PARA CONSULTA MÉDICA, NO DIA 24 DE ABRIL DE 2019, NO HOSPITAL ANGELINA CARON E A PACIENTE ODETE FRANCISCO NO HOSPITAL DO TRABALHADOR NA CIDADE DE CURITIBA-PR. A SAIDA DO MUNICIPIO SERA NO DIA 24/04/2019 AS 01:00 E O RETORNO NO MESMO DIA.

Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS
Contador

MICHELE SOARES DE JESUS

Silvio Rosa de Lima
Contador
CRC PR - 051996/O-9
CPF: 711.011.369-87
RG: 5.027.764-0



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

E-1112

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 110/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA 22/04/2019

ASSUNTO: Solicitação de diária

Mediante autorização desta Secretaria Municipal de Saúde solicito o empenho e pagamento de uma diária no **valor total de R\$100,00 (cem Reais)**, para o Servidor **Antonio Fabiano Meneses dos Santos** qual levará pacientes para realização consulta e cirurgia. Informo que o Servidor sairá de Nova Santa Bárbara no dia **24/04/2019 às 01:00 hora** retornando no mesmo dia.

Paciente: Monica Ferreira da Cruz
Hospital: Hospital Angelina Caron, Campo Largo-PR
Especialidade: Consulta Clínica
Horário: 07:00 horas

C = 2490

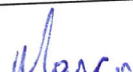
Paciente: Odete Francisco
Hospital: Hospital do trabalhador, Curitiba-PR
Especialidade: Ortopedia
Horário: 08:00 horas

Paciente: Odete Francisco
Hospital: Hospital do trabalhador, Curitiba-PR
Especialidade: Cirurgia/Ortopedica
Horário: 07:00 horas
Data: 25/04/2019

Atenciosamente,


Michele Soares de Jesus
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:


Nome


Assinatura

22/04/19
Data

S/DATASUS (GEIUH) SIGAE 13.0.0.1
HOSPITAL DO TRABALHADOR

=====

FICHA DE MARCAÇÃO DE CONSULTA (FMC) *

=====

Paciente N. 00151653

ODETE FRANCISCO

Consulta N. 0759-5

FAA N. 201911407595

Data Hora Marcada
24/04/2019 ~~08:00~~ 08:00

Professional Dr(a) ALYNSON LARocca
033.7/04 ORTO/COLUNA

Compareça 30 Minutos Antes da Hora Marcada
Para Assegurar o seu atendimento

=====

ANGELICA ALMEIDA
27/03/2019 as 11:58 - SIGAE

=====

COMPARECER A CONSULTA NO HORARIO
INFORMADO. (TRAZER RX SE HOVER)

ATENÇÃO
Ô NÃO COMPARECIMENTO
IMPLICARÁ NO CANCELAMENTO
DO SEU ATENDIMENTO



HOSPITAL S. LUCAS / UTI

POLICLÍNICA LENY

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

NOME

IDADE

Maria Rosa Tosti

Solicito internamento
no dia 25/04/19, Às
7:00 hrs, fufum.

CAMPO LARGO, / /

28.02.19

Dr. Marcel Sangeroti
CRM - PR 29372
Ortopedista / Traumatologista

MÉDICO

RUA GENEROSO MARQUES, 2022 - CENTRO - CAMPO LARGO - PR
FONES: (41) 3032-9300 e 3032-9800



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 1112/19
Pg. 2951
02/05/19

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Antônio Sabino M. Sato</i>	Cargo ou Função: <i>secretário</i>
Orgão: 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
24-4-19	100,00	—	2756	100,00
TOTAL	<i>100,00</i>			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ <i>100,00</i>

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
24-4-19	<i>avulso - PC - morada F. do Pires</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2756/2019

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
24/04/2019

SAÍDA:
01:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MONICA FERREIRA DA CRUZ	CONSULTA CLINICA	HOSP. ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA 991664638
2	ACOMP			
3	ODETE FRANCISCO (MAE DA JAQUE)	CONS. ORTO COLUNA	HOSPITAL DO TRABALHADOR	PEGAR NA CASA
4	MARIA ROSA TOSTI	CIRURGIA ORTO DIA 25/04	CASA DE APOIO IDEAL - CAMPO LARGO	PEGAR NA CASA
MOTORISTA:		FABIANO		
VEÍCULO:		SPIN PRETA		

**SENHOR MOTORISTA, FAVOR DEIXAR A FRENTE PARA DN. MARIA ROSA TOSTI!
OBRIGADA!**

**ENDEREÇO DA CASA DE APOIO EM CAPO LARGO:
BR 277 KM 115 BAIRRO RONDINHA - MARGINAL ALCIDES ZANELA N°366
ANJO DA GUARDA
TELEFONE: (41) 32004093**

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/05/2019 - AUTOATENDIMENTO - 09.56.22
2573902573 SEGUNDA VIA 0004

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: 748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0717-X - SICREDI CAMBARA
CONTA: 60.338-4

FAVORECIDO: ANTONIO FABIANO MENESES SANTOS
CPF/CNPJ: 990.098.979-15
VALOR: R\$ 100,00
DEBITO EM: 02/05/2019

=====

DOCUMENTO: 050202
AUTENTICACAO SISBB: C.D47.201.520.61B.958