



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°
2081	05/04/2019	2081	2103/2019	978/2019	

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

Criador
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: 237 Agência: 574 Conta: 501298-8

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\$ 100,00

Outras informações

Retenções
Total de retenções: R\$ 0,00
Valor líquido: R\$ 100,00

Recursos
00003 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Documento: Conta bancária 749850 - BB - SUS - Fundo Saúde - 040503 Data: 05/04/2019 Valor: R\$ 100,00

Recibo
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Cem Reais, referente ao pagamento do empenho número 978/2019.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tessoureira

MICHELE SOARES DE JESUS



Município de Nova Santa Bárbara - PR

CNPJ: 9556108000160 IE: _____
 Endereço: Rua Walfredo Batello Curt de Moraes, 222 - Centro CEP: 86250000 Cidade: Nova Santa Bárbara
 Fone: (43) 3266-8100 Fax: Mesmo

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Ano: **2013/2019** Emitido em: **01/04/2019** Requisição N°: _____ Empenho N°: **978/2019**

Localização: _____ Número: _____
 Tipo: _____
 Semiliquidação: _____

Contrato/Ativo: _____
 Situação: **Contrato** Aditivo: _____ Fim da vigência: _____ Fim da vig. atualizada: _____ Início da execução: _____ Fim da execução: _____ Fim da exe. atualizada: _____

Destinatário: _____
 Nome: **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: **237** Agência: **574** Conta: **501298-8**

Classificação da despesa:
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho: **R\$ 100,00**
08.001 Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado: **R\$ 100,00**
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\$ 100,00**

Beneficiário que autorizou a liquidação: **40221 - MICHELE SOARES DE JESUS**

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

 Marco Antônio Soares de Jesus

 MICHELE SOARES DE JESUS

7498-5

quarta
 dia 07/12
 2013
 01 60 338-4



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 EMPENHO

01/04/2019 Tipo: **Ordinário** Emitido em: **01/04/2019** Requisição Nº: Req. Compra Nº:

Objeto: Número:

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

Nome: **ANTONIO FABIANO MENESES SANTOS** Matrícula: **3064-3** CPF/CNPJ: **990.098.979-15**

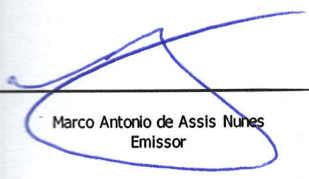
Endereço: **AGUA DO HIRANO, 870** Bairro: **AGUA DO HIRANO**

Cidade: **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 anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 82.420,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	
08.001.0320.2025	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 100,00
08.001.0320.2025.0001	SERVIDORES EFETIVOS	
08.001.0320.2025.0001.0003	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	R\$ 82.320,00
Do Exercício		

Outras informações:

Historico: ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA ANTONIO FABIANO MENESES DOS SANTOS, QUE LEVARÁ A PACIENTE ADRIANA MARIA RIBEIRO, PARA CONSULTA MÉDICA NA ESPECIALIZADA, NO DIA 08 DE ABRIL DE 2019, NO HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU, NA CIDADE DE CURITIBA-PR. A SAIDA DO MUNICIPIO SERA NO DIA 08/04/2019 AS 02:00 E RETORNO NO MESMO DIA.


 Marco Antonio de Assis Nunes
 Emissor


 LAURITA DE SOUZA CAMPOS
 Contador


 MICHELE SOARES DE JESUS



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº096/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA01/04/2019

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 levara os paciente para realização consulta. Informo que o Servidor sairá de Nova Santa Bárbara no dia **08/04/2019 às 02:00 horas** e retornando no mesmo dia

Paciente: Adriana Maria Ribeiro

Hospital: Pequeno Hospital Universsitario Cajuru(Curitiba) PR

Especialidade: Consulta Proctologista

Horario :08:00 horas

Paciente Aparecida Yasmin dos Santos

Hospital > Hospital Pequeno Principe (Curitiba)

Especialidade : Consulta

Paciente : Angelita Aparecida Carneiro

Hospital : Hospital Angelina Caron (Curitiba PR)

Especialidade : Consulta

C - 2990
F - 30643

Atenciosamente,


Michele Soares de Jesus

Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome


Assinatura

01/04/19
Data



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

SUS

Usuário: ADRIANA APARECIDA RIBEIRO

Dt. de Nascimento: 25/12/1989 Idade: 28 ANO(S)

Nome: NEDINA FERREIRA

Cartão Nacional:

Sexo: FEMININO

Raça/Cor: SEM INFORMACAO

Município de Residência: CURIUVA

UMS Responsável: UMS SALGADO FILHO

Endereço: RUA LOGRADOURO NAO INFORMADO, 0, BAIRRO
NAO INFORMADO, 84280000

Telefone(s):

Encaminhamento para Outros Profissionais

CBO: MEDICO COLOPROCTOLOGISTA
Área de atuação: PROCTOLOGIA GERAL
Estabelecimento de Saúde Solicitante:

1476810

Diagnóstico

Primário:

Tipo de Referência:

93392042

Exame Complementar já realizado:

Terapêutica Utilizada:

Chico

CURITIBA, 29 de Janeiro de 2018.

KATIA REGINA GONCALVES PASSOS
AGENDAMENTO ADMINISTRATIVO

Autorização de Consulta

Código de Transação : 2018/42729111

Estabelecimento Realizador: HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU

Endereço: RUA ROCKEFELLER nº1450 Bairro REBOUÇAS

Fone: (41) 3271-5925

CBO: MEDICO COLOPROCTOLOGISTA

Área de atuação: PROCTOLOGIA GERAL

Profissional: IVAN FOLCHINI DE BARCELOS

Data: 09/04/2018

Horário: 08:00

Favor comparecer 20 minutos antes do horário.

2018
Ramir Luan Perri
Cirurgia Geral
CRM/PR 36984

2019/50003233

Conclusão da Consulta

Código de Transação : 2018/42729111

- Retorno Data: 8,04,19
- Solicitado(s) SADT
- Encaminhamento Para Outros Profissionais
- Encaminhamento para UMS de origem

Hora: 9:00

Rea. Prina R.
- Aparecida Yasmim Santos
@comp 991740883



Sociedade Hospitalar
Angelina Caron
SUS - Sistema Único de Saúde
SESA - Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Serviço de Cirurgia Bariátrica

Declaro que para os devidos fins, que o paciente **Angelita Aparecida Carneiro** possui uma consulta Ambulatorial agendada para o dia 08/04/2019 às 08:00hrs da manhã, na especialidade de Cirurgia Bariátrica.

Atenciosamente, Equipe Gastroplastia Brasil

Equipe Gastroplastia Brasil

Dr. Wilson Paulo dos Santos

Contato:

(41) 3679-8218 - Keila/Margarete/Andrey

gastroplastiabrasilparticular@gmail.com



Gastroplastia
B r a s i l



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 978
Pg. 05/04
nº 2081.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: Antonio Fabiano M. Santos		Cargo ou Função: Mobilista	
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		Nota de Empenho Nº:	
Unidade Administrativa:		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
8-4-19	100,00	—	26,77	100,00
TOTAL	100,00			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 100,00

Nome: [Assinatura] Assinatura do Funcionário	Nome: [Assinatura] Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro
---	--	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
8-4-19	Curitiba - SC - Fabiano A. Ribeiro

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2677/2019

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
08/04/2019

SAÍDA:
02:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
ADRIANA APARECIDA RIBEIRO	CONS. PROCTOLOGIA GERAL	HOSP. UNIV. CAJURU	991392072
APARECIDA YASMIN SANTOS		PEQUENO PRINCIPE	991740883
ACOMP			
ANGELITA APARECIDA CARNEIRO	CONS. BARIATRICA	ANGELINA CARON	
ROBSON MARTINS COELHO		CARONA	
METODISTA:		FABIANO	
VEICULO:		SPIN PRETA	

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/04/2019 - AUTOATENDIMENTO - 16.13.48
2573902573 SEGUNDA VIA 0005
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: 05/04/2019

=====

DOCUMENTO: 040503
AUTENTICACAO SISBB: 0.566.B56.060.98D.2C8

Transação efetuada com sucesso por: JB517799 ERIC KONDO.