



# 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 Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
<b>4383</b>	29/10/2020	4383	3853/2020	2221/2020	

Licitação  
Tipo Número

Sem licitação

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 Matrícula CPF/CNPJ  
**BENEDITO BITTENCOURT DE ARAUJO JUNIOR** 1819-8 904.554.449-00

Endereço Bairro  
RUA CICERO RODRIGUES, S/N - CASA CENTRO

Cidade/UF CEP Fone Tipo de conta bancária Banco Agência Conta  
Santa Cecília do Pavão/PR 86225-000 Conta Corrente 237 574 500767-4

Classificação da despesa  
2560 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 **R\$ 800,00**

Outras informações

Retenções  
Total de retenções  
R\$ 0,00

Valor líquido  
**R\$ 800,00**

Recursos	Documento	Data	Valor
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303	102901	29/10/2020	R\$ 800,00

Recibo  
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 2221/2020.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nova Santa Bárbara, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

KATIA GARDENIA DOS SANTOS  
Tessoureira

MICHELE SOARES DE JESUS  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



# 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 **3853/2020** Emitido em **26/10/2020** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Empenho Nº **2221/2020**

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 **BENEDITO BITTENCOURT DE ARAUJO JUNIOR** Matrícula **1819-8** CPF/CNPJ **904.554.449-00**

Endereço **RUA CICERO RODRIGUES, S/N - CASA** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Santa Cecília do Pavão/PR** CEP **86225-000** Fone \_\_\_\_\_ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **574** Conta **500767-4**

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

**2560** **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 \_\_\_\_\_

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA BENEDITO B. ARAUJO JUNIOR, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.

Claudia Pereira da Silva  
Emissor

MICHELE SOARES DE JESUS  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

17915-9

Benedito  
 ar 0057-4  
 01 500767-4



# 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 **2221/2020** Tipo **Ordinário** Emitido em **26/10/2020** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Req. Compra Nº \_\_\_\_\_

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 **BENEDITO BITTENCOURT DE ARAUJO JUNIOR** Matrícula **1819-8** CPF/CNPJ **904.554.449-00**

Endereço **RUA CICERO RODRIGUES, S/N - CASA** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Santa Cecília do Pavão/PR** CEP **86225-000** Fone \_\_\_\_\_ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **574** Conta **500767-4**

Classificação da despesa \_\_\_\_\_  
 08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo anterior**  
 08.001 Fundo Municipal de Saúde **R\$ 60.200,00**  
 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Valor empenhado**  
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 800,00**  
 2560 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) **Saldo atual**  
 Do Exercício **R\$ 59.400,00**

Outras informações \_\_\_\_\_

Histórico \_\_\_\_\_

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA BENEDITO B. ARAUJO JUNIOR, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Claudia Pereira da Silva  
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA  
Contador - CRC 046096

MICHELE SOARES DE JESUS  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2227



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

## CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº241/2020

PARA: Secretaria de Administração

DATA:26/10/20

**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, **Benedito B. Araujo Junior** haja vista que as viagens são realizadas fora do Município.

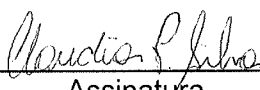
Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

716

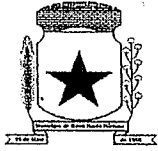
Atenciosamente,

  
**Michele Soares de Jesus**  
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:   
Nome

  
Assinatura

26 / 10 / 20  
Data



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA



F 22 21/20  
 P8 29/10  
 no 4383.

## DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Benedito B. Araújo Júnior</i>	Cargo ou Função: <i>Motociclista</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
<i>27-10-20</i>	<i>100,00</i>			
<i>30-10-20</i>	<i>33,00</i>			
<i>03-11-20</i>	<i>33,00</i>			
<i>04-11-20</i>	<i>40,00</i>			
<i>05-11-20</i>	<i>40,00</i>			
<i>06-11-20</i>	<i>33,00</i>			
<b>TOTAL</b>	<b>279,00</b>			<b>279,00</b>
<b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b>				<b>RS</b>

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>27-10-20</i>	<i>Viagem para Curitiba Hosp. Angelina (paciente Edite)</i>
<i>30-10-20</i>	<i>Viagem para Ibiçaba Hosp. Cristo Rei (paciente DAIANE)</i>
<i>03-11-20</i>	<i>Viagem para Assai CLIMAS (paciente JOANA)</i>
<i>04-11-20</i>	<i>Viagem para Guarapiranga OFTALMO (paciente MARIA)</i>
<i>05-11-20</i>	<i>Viagem para Guarapuava SANTA CASA (paciente NILSO)</i>
<i>06-11-20</i>	<i>Viagem para Sta. Mariana Hosp. Sta. Alice (paciente CAUQUE)</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

**DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO**

Funcionário: <i>Benedito B. MAIUS JR.</i>	Cargo ou Função: <i>motorista</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\$ _____	

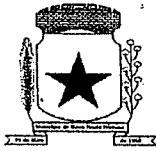
**RESUMO DAS DESPESAS**

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>10-11-20</i>	<i>100,00</i>			
<i>11-11-20</i>	<i>33,00</i>			
<i>13-11-20</i>	<i>33,00</i>			
<i>15-11-20</i>	<i>33,00</i>			
<i>16-11-20</i>	<i>100,00</i>			
<i>17-11-20</i>	<i>33,00</i>			
<b>TOTAL</b>	<b><i>332,00</i></b>			
<b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b>				<b>R\$ <i>332,00</i></b>

Nome: <i>B.M.</i> Assinatura do Funcionário _____ / /	Nome: <i>J.P.</i> Secretário _____	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro _____
---	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>10-11-20</i>	<i>Viagem para Curitiba Angelina (paciente) Edite.</i>
<i>11-11-20</i>	<i>Viagem para Londrina O Etalou (paciente) Jorge.</i>
<i>13-11-20</i>	<i>Viagem para Coaracão Sta Casa (paciente) Cleiton.</i>
<i>15-11-20</i>	<i>Viagem para Londrina Sta Casa (paciente) Jelenias.</i>
<i>16-11-20</i>	<i>Viagem para Curitiba Pequeno (paciente) Debora.</i>
<i>17-11-20</i>	<i>Viagem para Bandeirantes Sta Casa (paciente) Aline.</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

## DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Benedito B Araújo Jr</i>	Cargo ou Função: <i>motociclista</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\$ _____	

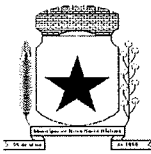
### RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>19.11.20</i>	<i>33,00</i>			
<i>21.11.20</i>	<i>33,00</i>			
<i>23.11.20</i>	<i>33,00</i>			
<i>01.12.20</i>	<i>33,00</i>			
<i>02.12.20</i>	<i>40,00</i>			
<i>03.12.20</i>	<i>33,00</i>			
<b>TOTAL</b>	<b><i>205,00</i></b>			
<b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b>				<b>R\$ <i>205,00</i></b>

Nome: <i>BA</i> Assinatura do Funcionário _____ / /	Nome: <i>JP</i> Secretário _____	Nome: Assinatura do Tesoureiro _____
---	---	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>19.11.20</i>	<i>Viagem para Sta Mariana Hosp STA ALICE PACI. NIVANA.</i>
<i>21.11.20</i>	<i>Viagem para Londrina ICL Paciente ROSALINA.</i>
<i>23.11.20</i>	<i>Viagem para Londrina OFTALMO Paciente IDALINA.</i>
<i>01.12.20</i>	<i>Viagem para Londrina ICL Paciente CARLOS.</i>
<i>02.12.20</i>	<i>Viagem para Corn. Proc. STA CASA Paciente ANA.</i>
<i>03.12.20</i>	<i>Viagem para Londrina OFTALMO Paciente GODES.</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 4410/2020**

DESTINO:  
CURITIBA

DATA:  
27/10/2020

SAÍDA:  
01:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	EDITE FERREIRA	RETORNO CIRURGICO	ANGELINA CAROM	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA:		BENEDITO		
VEÍCULO:		AMBULANCIA VERDE		





**NOVA SANTA BÁRBARA**

SECRETARIA DE SAÚDE DE NOVA SANTA BÁRBARA  
 Rua Antônio Joaquim Rodrigues, s/n. – Jardim Alto da Boa Vista  
 Fone/Fax: (43)3266-8050 – Nova Santa Bárbara

CONTROLE DE INTERNAMENTO E ENCAMINHAMENTOS RELAZADO PELA UBS

DATA	NOME DO PACIENTE	Tipo de encaminhamento Motivo do encaminhamento	Prof. que autorizou	Motorista	Hr Saída	Hr Retorno	Destino	Carro utilizado
<del>24/10/20</del>	<del>Carla...</del>	<del>...</del>	<del>...</del>	<del>...</del>	05:00		<del>...</del>	<del>...</del>
27/10/20	Dayane Pereira	Externa	Prata	Sobiane	13h		Hosp. Crist. Red. D'Esp. de...	Prata Spin
28/10/20	Carlos Ferreira		Bruna	Magal	09:00	14:46	ICL	Spin Preta
30/10/20	Maurício M. Mendes	Rx	Bruna	Cicero	09:00	10:11	Santa Cecília	Amel Vermelha
30/10/20	Caroline Cristina Bastiana	Alta Hospitalar	Lu	Benedita	18:00		...	Spin Preta
01/11/20	Beatriz Rafaela	Externa	Bruna	Magal	6:30		Armaiz	Spin Preta
31/10/20	Moises Rufino dos Nascimentos	Materna Ciancúcula	Mine	Cicero	12:00		São Sebastião dos Amarelos	Spin Preta
31/10/20	Moises Rufino dos Nascimentos	Alta	Prata	Iran	22:00		São Sebastião da América	Spin Automático
01/11/20	Ricardo de Brito	Oftalmol	Tais/lu	Jose Wilson	11:05		Londrina	Spin Preta
01/11/20	Lucimara G. Steo	Emorragia	Tais/lu	Luiz Alexandri	13:33		São João Sina	Spin Automático
02/11/20	Caroline Cristina de Almeida	Externa (Externa)	Tais/Am	Sobiane	19:30		Santa Mariana	Spin Preta

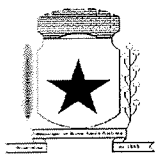


# NOVA SANTA BÁRBARA

SECRETARIA DE SAÚDE DE NOVA SANTA BÁRBARA  
 Rua Antônio Joaquim Rodrigues, s/n. – Jardim Alto da Boa Vista  
 Fone/Fax: (43)3266-8050 – Nova Santa Bárbara

## CONTROLE DE INTERNAMENTO E ENCAMINHAMENTOS RELAZADO PELA UBS

DATA	NOME DO PACIENTE	Tipo de encaminhamento Motivo do encaminhamento	Prof. que autorizou	Motorista	Hr Saída	Hr Retorno	Destino	Carro utilizado
03/11/20	João Manoel Nogueira	USC	Bruna	Benedto	18:00		Elmora	Fra. Preto
04/11/20	Seu Carlos	ICL consulta	Rene	Fabrício	10:32		ICL Londrina	Amb.
04/11/20	Liviane Silva	Gestante	Jaceline	Darcy	19:00	22:00	Santa Mariana	Amb. Nova
05/11/20	Carles Ferrero	ICL consulta	Bruna	Ueno	0:30		Bandurra	Amb. Velha
06/11/20	Caetano Almeida	Alta Hospitalar	Lu	Zenedito	00:00		Sta Mariana	Spinn Preta
06/11/20	Lazinha de Souza	Febre + diarreia praguiza	Luís / Pri Cleideleine	Fabiano	18:54		Bandurra	Ambulância
08/11/20	Ailton Bruno Daniel	Alta Hospitalar	José / Alina	Ueno	08:10		Londrina	Spinn aut.
08/11/20	João Meido Leona	Buraco no tempo	Preta	Fabiano	17:50		S. Casa Londrina	Spinn
10/11/20	<del>João Meido Leona</del>	exame USG	Bruna	Fabiano	18:00		Araxá	Spinn Preto
11/11/20	Jorge Luiz Abreu	Consulta Central de	Bruna	Zenedito	18:00		Bandurra Londrina	Spinn Automático
13/11/20	Mauro V. Schmittner	Febre, dor Orelha	Luís / Pri	Zenedito	19:00		Sta Mariana	Spinn Preta
17/11/20	Mauro Scara (Farmacia)		Bruna	Darcy	07:30		Londrina	Spinn Automático



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 4438/2020**

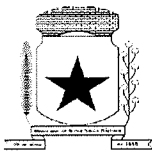
DESTINO:  
JACAREZINHO

DATA:  
04/11/2020

SAÍDA:  
04:00 HR

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Cid	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
	MARIA ROSA TOSTI	RETORNO CIRURGICO	HOSPITAL DE OLHOS	PEGAR NA CASA
MOTORISTA	BENEDITO			
VEICULO	AMBULANCIA VERDE			



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 4442/2020**

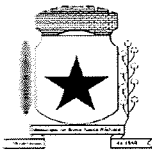
DESTINO:  
CORNELIO

DATA:  
05/11/2020

SAÍDA:  
12:00 HR

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	NILDO BARBOSA	RX	CISNOP	
2	ACOMP			
MOTORISTA		BENEDITO		
VEICULO		AMBULANCINHA		



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 4463/2020**

DESTINO:  
CURITIBA

DATA:  
10/11/2020

SAÍDA:  
01:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	EDITE FERREIRA	RETORNO CIRURGICO	ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA
2	GILMAR ANTONIO DE LIMA	EXAMES DE SANGUE	ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA
3	MIRIAN GONÇALVES DE SOUZA (BIA)			PEGAR NA CASA
MOTORISTA:		BENEDITO		
VEÍCULO:		AMBULANCIA VERDE		



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

SUS

PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Usuário: MYRIAN GONCALVES DE SOUZA

Dt. de Nascimento: 29/01/1956 Idade: 64 ANO(S)

Mãe: ESMERALDA DE ARAUJO SOUZA

Cartão Nacional: 706801260963221

Sexo: FEMININO

Raça/Cor: BRANCA

Município de Residência: CURITIBA

UMS Responsável: UMS CAJURU

Endereço: ANTONIO CONTIN, 514 CASA - CAJURU

Telefone(s): (41) 32678242

Dados Clínicos: 63a, GII, PI, AI, menopausda, coleta de CO e pedi Mamografia 2a, pedi para prevenção de ca de mama e neoplsias do endometrio e ovarios

CID: N951 - ESTADO DA MENOPAUSA E DO CLIMATERIO FEMININO

Procedimento solicitado: 0205020186 ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL

Data da Solicitação: 04/07/2019

CELIA TOSHIE YAMAMOTO  
MEDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA  
CRM - 7421

Autorização SADT Código de Transação 2020/62845658

Estabelecimento Realizador: CLINICA DE DIAGNOSTICOS ECOGRAFICOS

Endereço: AVENIDA VISCONDE DE GUARAPUAVA nº 5292 - BATEL

Fone: 41 3015 1331

Profissional ANGELA MARIA SANDERSON CHIARATTI

Data: 10/11/2020 Horário: 09:20 Favor comparecer 20 minutos antes do horário.

Preparo: BEXIGA VAZIA. TRAZER RESULTADOS DE ECOGRAFIAS ANTERIORES. ÔNIBUS: BIARTICULARDO STA CANDIDA OU PINHEIRINHO DESCE NA ESTAÇÃO BENTO VIANA. ATRÁS DO HOSPITAL SANTA CRUZ.

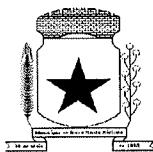


# NOVA SANTA BÁRBARA

SECRETARIA DE SAÚDE DE NOVA SANTA BÁRBARA  
 Rua Antônio Joaquim Rodrigues, s/n. – Jardim Alto da Boa Vista  
 Fone/Fax: (43)3266-8050 – Nova Santa Bárbara

## CONTROLE DE INTERNAMENTO E ENCAMINHAMENTOS RELAZADO PELA UBS

DATA	NOME DO PACIENTE	Tipo de encaminhamento Motivo do encaminhamento	Prof. que autorizou	Motorista	Hr Saída	Hr Retorno	Destino	Carro utilizado
13/11/20	Clerton Ribeiro Coelho	Avaliação e conduta	Dani	Benedito	21:00		Sto Casa Cornelio	Spin Preta
15/11/20	Guimões Gomes	Avaliação médica	Dani	Benedito	19:30		Sto Casa Bonduina	Arbubone
16/11/20	Luana dos Santos Ferraz	Avaliação	Jackeline	Fabiano	19:46		Sto casa Cornelio	Spin Preta
17/11/20	Aurea Moraes	Transfusão	Priscila	Benedito	19:00		Bonduina	Arbubone
18/11/20	Orthon Felipe	Exame (Exatuzi)	Bruna	Rogério	18:00		Bonduina	Spin Preta
19/11/20	Ronaldo Rodrigues	Avaliação e conduta	Daniela	Benedito	19:25		Associação	Spin Preta
19/11/20	Luana das Santos	Avaliação e conduta	Daniela	Benedito	23:00		Sto casa	
20/11/20	Isabelina Pereira	Quimioterapia	Bruna	Rogério	18:30		Bonduina ICL	TCO
20/11/20	Vitor Hugo R. Braga	alto	Priscila	Fabiano	18:30		Cornelio	Spin Preta
20/11/20	Renata Ferraz	alto Hospital	Priscila	Sto Wilson	12:30		Bonduina ICL	TCO
20/11/20	Isabelina Pereira	transfusão sangüea	Priscila	Benedito	18:30		Bonduina ICL	Spin Preta



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 4477/2020**

DESTINO:  
CURITIBA

DATA:  
16/11/2020

SAÍDA:  
01:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	DEBORA MENDES DO CARMO		HOSP. PEQUENO PRINCIPE	PEGAR NA CASA
2	ISABELA MENDES DO CARMO			
MOTORISTA:		BENEDITO		
VEÍCULO:		SPIN AUTOMÁTICA		





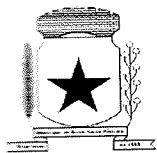
# NOVA SANTA BÁRBARA

SECRETARIA DE SAÚDE DE NOVA SANTA BÁRBARA  
 Rua Antônio Joaquim Rodrigues, s/n. – Jardim Alto da Boa Vista  
 Fone/Fax: (43)3266-8050 – Nova Santa Bárbara

## CONTROLE DE INTERNAMENTO E ENCAMINHAMENTOS RELAZADO PELA UBS

DATA	NOME DO PACIENTE	Tipo de encaminhamento Motivo do encaminhamento	Prof. que autorizou	Motorista	Hr Saída	Hr Retorno	Destino	Carro utilizado
22/11/20	Carlos Ferraz de Souza	Consulta	Dani	Benedi	04:00		Londrina	Spin
22/11/20	Enzo Hiroshi	Consulta	Jacir	Fabiano	21:00	23:40	Londrina	Ambulância
23/11/20	Idalina Matias Crussimsk	Oftalmol	Tauz	Benedi	18:00		Londrina	Spin automática
23/11/20	João Paulo	Usg	Bruna	Dery	10:00		Ultrapack Londrina	Touco
24.11.20	Jose Cecelano	Amecioles	Bruno	Rogério	10:00		Neuflores Cornélio	Smelero
24.11.20	Amatália V. de Oliveira	alta R	Baine	Fabiano	08:00		Lornelas Santa Comiz	Spin Prata
26/11/20	Fleuryel Gaspar	Consulta	Dani	Sidney	08:45		SSS	Spin Automático
27.11.20	Nelson Albino	Baixa Alta	Michele	Fabiano			Grande	Spin Automático
28/11/20	acompanhante este linha	Troca de acomp.	Dani	Sidney	06:50		Sta Com C.P	Touco
28/11/20	Julio Pereira Gonçalves	alta	Dani	Dani	9:40		Climas	Touco
28/11/20	Carlos Ferraz de Souza	ICL	Benedi	Sidney	14:00		Londrina ICL	Lore





PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 4533/2020**

DESTINO:  
CORNELIO

DATA:  
02/12/2020

SAÍDA:  
13:30HR

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ANA PAULA RIBAS (GESTANTE)	EMERGENCIA	SANTA CASA	
2	ACOMP			
MOTORISTA	BENEDITO			
VEICULO	AMBULANCIA			



## Emissão de comprovantes

G331290902219953010  
29/10/2020 09:06:35

---

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
29/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 09.06.36  
2573982573 SEGUNDA VIA 0001

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: 500.767-4

FAVORECIDO: BENEDITO BITTENCOURT DE ARAUJO JUNI  
CPF/CNPJ: 904.554.449-00  
VALOR: R\$ 800,00  
DEBITO EM: 29/10/2020

=====

DOCUMENTO: 102901  
AUTENTICACAO SISBB: 5.601.FCE.64D.42C.20D

---

Transação efetuada com sucesso por: JB534388 MICHELE S JESUS.