



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°
8834	10/12/2019	8848	8580/2019	3386/2019	

Licitação	Número
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
Sequência Contrato							

Credor	Matrícula	CPF/CNPJ
Fornecedor BENEDITO BITTENCOURT DE ARAUJO JUNIOR	1819-8	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	Valor
2490 08 Secretaria Municipal de Saúde	
08.001 Fundo Municipal de Saúde	
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 800,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	

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	121001	10/12/2019
			R\$ 800,00


Recibo
 Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 3386/2019.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____



 KATIA GARDENIA 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 **8580/2019** Emitido em **02/12/2019** Requisição Nº _____ Empenho Nº **3386/2019**

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**

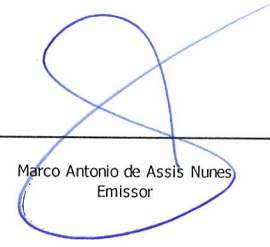
Classificação da despesa
 08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho
 08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 800,00
 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 800,00**
 2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) 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 A MOTORISTA BENEDITO BITTENCOURT DE ARAUJO JUNIOR, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.


 Marco Antonio de Assis Nunes
 Emissor


 MICHELE SOARES DE JESUS
 Autorizador

17915-9

Readido
 ex 057-4
 e/ 50767-4



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 **3386/2019** Tipo **Ordinário** Emitido em **02/12/2019** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

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

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

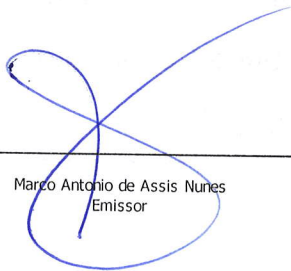
Cidade/UF **Santa Cecília do Pavão/PR** CEP **86225-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **574** Conta **500767-4**

Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo anterior**
08.001 Fundo Municipal de Saúde **R\$ 33.250,60**
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Valor empenhado**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 800,00**
2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) **Saldo atual**
Do Exercício **R\$ 32.450,60**

Outras informações _____

Histórico _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A MOTORISTA BENEDITO BITTENCOURT DE ARAUJO JUNIOR, 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


MICHELE SOARES DE JESUS



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº285/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 02/12/19

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 custear despesas com alimentação do Motorista **Benedito Bittencourt Araújo Junior** quando em viagem fora do Município a serviço desta secretaria.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

C - 2690
F - 18198

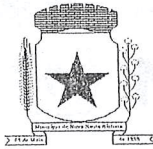
Atenciosamente,


Michele Soares de Jesus
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:



02 / 12 / 19



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA


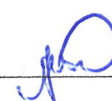
E 3386/19
Pg 10/12/19
nº 8839.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: Benedito B. Araújo Júnior	Cargo ou Função: motorista
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\$ _____	

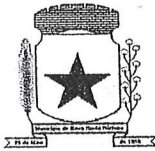
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
05-12-19	33,00			
06-12-19	40,00			
09-12-19	33,00			
10-12-19	100,00			
13-12-19	33,00			
15-12-19	33,00			
TOTAL	272,00			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 272,00

Nome:  Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome:  Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
05-12-19	Viagem para Londrina HU. Paciente Lúcia.
06-12-19	Viagem para Londrina HU. Paciente Jose.
09-12-19	Viagem para Londrina ICL Paciente Devilson.
10-12-19	Viagem para Curitiba Hosp. Angelina (non) Paciente Gilmar.
13-12-19	Viagem para Cosm. Proc. Santa Iza Paciente Cecide.
15-12-19	Viagem para Londrina FCL. Paciente Valdete.

Observações:





PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Benedict B. Araújo Júnior</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\$ _____	

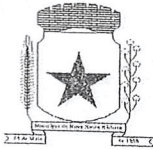
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>17-12-19</i>	<i>33,00</i>			
<i>19-12-19</i>	<i>33,00</i>			
<i>21-12-19</i>	<i>33,00</i>			
<i>22-12-19</i>	<i>40,00</i>			
TOTAL	139,00			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 139,00

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>17-12-19</i>	<i>Viagem para Con. Proc RAPS Paciente Reginaldo</i>
<i>19-12-19</i>	<i>Viagem para Con. Proc Santa Casa Paciente Evellin.</i>
<i>21-12-19</i>	<i>Viagem para Con. Proc Santa Casa Paciente Maria</i>
<i>22-12-19</i>	<i>Viagem para Con. Proc Hemodialise Paciente Luícelia.</i>
	FÉRIAS

Observações:





PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Benedito B Araújo Júnior</i>	Cargo ou Função: <i>motorista</i>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Nota de Empenho N°:
Unidade Administrativa:	Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

RESUMO DAS DESPESAS

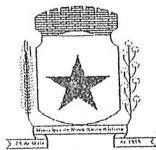
DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>26-01-20</i>	<i>33,00</i>			
<i>28-01-20</i>	<i>33,00</i>			
<i>29-01-20</i>	<i>40,00</i>			
<i>05-02-20</i>	<i>143,00</i>			
<i>08-02-20</i>	<i>33,00</i>			
TOTAL	<i>282,00</i>			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ <i>282,00</i>

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>26-01-20</i>	<i>Viagem para Corn. Proc. Santa Casa Paciente Keli.</i>
<i>28-01-20</i>	<i>Viagem para Assai Clinas Paciente MARIA.</i>
<i>29-01-20</i>	<i>Viagem para Corn. Proc. Hemodiálise Paciente Jose.</i>
<i>05-02-20</i>	<i>Viagem para BRAUN Hosp. de Reabilitação Paciente Dinei.</i>
<i>08-02-20</i>	<i>Viagem para Corn. Proc. Santa Casa Paciente Berenice.</i>

Observações:

Rose



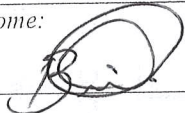

PREFEITURA MUNICIPAL NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: Benedito B. Araújo Júnior	Cargo ou Função: motorista
Órgão: 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
09-02-20	33,00			
10-02-20	100,00			
TOTAL	133,00			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 133,00

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
09-02-20	Viagem para Londrina TCU Paciente LIRA
10-02-20	Viagem para Curitiba Hosp Pequeno Príncipe Paciente Aparecida

Observações:



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
30/11/2019	Laucos Gabriel Guedes Almeida	Internamento (?)	Dr. Mau	Darcy	18:00		Sto Casa Cornelio	Toro
03/12/19	Laucos Gabriel Guedes Almeida	Reabertura de estoma	Amo Lui	Darcy	11:00		Sto Casa Cornelio	Toro
03/12/19	R.N. de Maria Luzina dos Santos	Alta	Amo	Lucas	16:00		Sto Casa Cornelio	Somabra
01/12/19	Angela Pereira	Exame, avaliação Exte	Jack	Benedicto	23:30		Sto Casa Cornelio	Toro
02/12/19	Renata Almeida Santos	Cont. Am. Mau	SAMU Dr. Kézia	Darcy	18:00		Sto Casa Cornelio	Toro
03/12/19	Sidnei Cornélio	Alta Hospitalar	Dr. Mau	Lucas	20:00		Sto Casa Cornelio	Ambulância
04/12/19	ma de Almeida	Alta Hosp.	Bruna	Psiti	16:50		Sto Casa Cornelio	Ambulância
05/12/19	Trigo de acompanhamento do Pat Tobias Henrique do Carmo		Bruna	Benedicto	18:45		Sto Casa Cornelio	Somabra
05/12/19	Justine do Carmo Vitoria Bello	H.U. Alta Hospitalar Optica	Am	Benedicto			Londrina	
05/12/19	Lucas Lusto	H.U. Alta Hospitalar	Dr. Mau	Benedicto			Londrina	Somabra
07/12/19	Boana Maria de Almeida	Hospitalar (Regulação do Stoma) S.C.P.	Bruna	Wilson	13:00		Hospitalar Londrina	Somabra



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3544/2019

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
06/12/2019

SAÍDA:
05:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JOSE DE OLIVEIRA	CONSULTA CLINICA	HU	PEGAR NA CASA 991013125
2	ACOMP			
MOTORISTA:		BENEDITO		
VEÍCULO:		AMBULANCIA		



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
08/12/19	Edson Lemes Gonçalves	Sta Casa Cornelio Avaliação médica	Daniela	Regênio	06:30		Cornelio Preço	Ambulância Velha
08/12/19	Jose Maranhão Silva Stávio	Passoio Alta TROCA ACOMP.	Paula	Positi	11:05		Cornelio Londrina	Van Hemodialise
08/12/19	Monica Eduardo Castro	Apêndice aguda?	Jackine	Ueno	20:00		Santa casa Cornelio	Taxi
09/12/19	Denilson Lima	TROCA ACOMP.	BRUNA	Benedito	18:18		Londrina ICC	Van adesivada
10/12/19	Mario do Mendes Paulo Lisboa	Avaliação médica	Daniela	Clodoaldo	03:40		Cornelio Preço	Ambulância
10/12/19	Stávio Rodrigues Alto Elias	TROCA ACOMP.	BRUNA	Regênio	18:40	21:30	Londrina ICC	Van Adesivada
10/12/19	Pablo Singulani	Alta hospitalar	Jackie	Regênio	21:50	00:30	Santa casa	Ambulância
11/12/19	Sidnei Andrade Carlos Ferreira Fátima do Salvador	Consulta em Londrina	Jackie	Regênio	07:00		Londrina	Somero
11/12/19		Quarentena T.P.	BRUNA	Cicero	09:00	14:00	Londrina	Ambulância
11/12/19	Valdete Luiza de Lima Celia	Troca de acompanhante	Daniela	Fabrício	19:00		Londrina	Somero
12/12/19	Isabel Aparecida Taganini Tommaso Lechos Hipólito	Episódio grave interna Alta interna (gest)	Jackie Paula	Cicero	23:10		MU Santa casa	Van



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3550/2019

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
10/12/2019

SAÍDA:
01:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	GILMAR ANTONIO DE LIMA	RETORNO PÓS TRANSPLANTE	HOSPITAL ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA:		BENEDITO		
VEÍCULO:		FIAT TORO		

Saída : 01:00h

10-12-19

Gilmar Antonio Lima

QA15A0U36



SOCIEDADE HOSPITALAR ANGELINA CARON

10:45

À RECEPÇÃO NEFROLOGIA

FAVOR AGENDAR CONSULTA/RETORNO NO AMBULATÓRIO DE TRANSPLANTES.

PACIENTE: Gilmar Antonio

DATA APROXIMADA: 10/12/19

Dr. Rodrigo Theodoro Bellia
CPF: 026.268.979-10
ASSINATURA

* Este não tem validade como agendamento, agende sua consulta na recepção ou pelo fone (41) 3679-8262.

ICHA DE EXAMES - AMOSTRA - SANGUE

- | | |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> UTI GERAL L | <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA |
| <input type="checkbox"/> UTI CARDÍACA L | <input type="checkbox"/> BERÇÁRIO L |
| <input type="checkbox"/> UTI PEDIÁTRICA L | <input type="checkbox"/> CENTRO CIRÚRGICO |
| <input type="checkbox"/> HEMODINÂMICA L | <input type="checkbox"/> TRANSPLANTE |
| <input type="checkbox"/> ENFERMARIA Nº | <input type="checkbox"/> SUITE Nº |
| <input type="checkbox"/> PEDIÁTRIA L | <input type="checkbox"/> PRONTO SOCORRO |
| <input type="checkbox"/> ALA ANTIGA Nº | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ALA DARVIL CARON Nº | <input type="checkbox"/> |

- | | |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> HEMERUBINA TOTAL E FRAÇÕES |
| <input type="checkbox"/> PLAQUETAS | <input type="checkbox"/> ALT |
| <input type="checkbox"/> TIPAGEM | <input type="checkbox"/> AST |
| <input type="checkbox"/> RETICULÓCITOS | <input type="checkbox"/> FOSFATASE ALCALINA |
| | <input type="checkbox"/> AMILASE |
| | <input checked="" type="checkbox"/> GAMA GT |

la celi mo

- | | |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> GPK | <input type="checkbox"/> GASOMETRIA |
| <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> SÓDIO, POTÁSSIO, CÁLCIO IÔNICO |
| <input type="checkbox"/> LDH | <input checked="" type="checkbox"/> SÓDIO |
| <input type="checkbox"/> JGG | <input checked="" type="checkbox"/> POTÁSSIO |
| <input type="checkbox"/> JGM | <input checked="" type="checkbox"/> CÁLCIO |
| <input checked="" type="checkbox"/> <u>FS Total</u> | <input type="checkbox"/> MAGNÉSIO |
| | <input type="checkbox"/> FÓSFORO |
| | <input type="checkbox"/> FERRO |
| | <input type="checkbox"/> ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA |
| | <input type="checkbox"/> ASO |
| | <input checked="" type="checkbox"/> PCR |
| | <input type="checkbox"/> FR |

OBSERVAÇÕES:

Dr. Rodrigo Theodoro Bellia
CPF: 026.268.979-10
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Aneci Lourdes Iarscheski
Assistente Social
CRESS 5520
CARIMBO DO LABORATÓRIO

TRANSPLANTE



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
13/12/19	Renilda D. F Lima	forte dor de lado do abdome	Tais	Idiedi	18:30		Cornelio	Ambulância
03/12/19	David R. Ciscom	pra audição mal	Prato Dorci	—	—	—	Cornelio	GAJU
13/12/19	Leuono Custuro Santos	merchida de coelho ^{coelho}	Ilame	Idiedi	21:50		Cornelio	Ambulância
14/12/19	M ^o Fernando	Oftalm	Dani	Rogério	06:00		Londrina	Taxi
14/12/19	David Ribeiro Ciscom	baixa visão	Prato e Prá	Picete	13:10		Cornelio	Taxi
14/12/19	Itavio Lima	Troca de acompanhante	Prá Prá	Cicero	18:30	21:30	Londrina	Taxi
15/12/19	maria Bruminda	Tirar Tampa ocular	faculme	Cicero	06:30		Londrina	Taxi
15/12/19	Lazara Lisboa Silva	Troca de acomp.	faculme	Dancy	07:00		Santa Casa Corneliana	
15/12/19	Valdete L. L. Oliveira	Troca Acomp.	Tais	Benedito	18:20		ICL Londrina	Taxi
16/12/19	Tamires D.R.H. Carne	der bronco (E)	Tais Lai	Fabiano	18:55		Santa Casa C.P.	Sandeis
17/12/19	Edilson Souza maris	algia interna flanco e	Jaer	Fabiano	03:15		Santa Casa C.P.	Vanclero



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
17/12/19	Reginaldo Reisner - Turca de comp. Otávio de Oliveira	Alto	Aro	Benedito	18:10		CAPS AD Camélio TCL Barbuena	Spin automática
17/12/19	Elmir Rocha Melo	Dispneia	Facy Fry	Benedito	23:30		Santa Cora Camélio	Protuberância
18/12/19	Belma Maria Bui	Fratura	Ang Lira	Sob. em	19:00		Santa Lusa Camélio	Sanduro
19/12/19	Fab. Claudio Grando	Alta Hospitalar		Fabiano	22:00		Londrina	Sanduro
19/12/19	Evelin Mariana Pereira Souza	torse, fure. do no tórax	Prí/ Fais	Benedito	19:00		Sta Cora Camélio	Toro
20/12/19	Daniel Rocha	Alta Hospitalar	Fais/ Fais	Fabiano	09:30		Sta Cora Camélio	Toro
21/12/19	Janena da Morsei	Alta Hospitalar	Fri/ Fais	Caro	16:30		Sta monira	Toro
21/12/19	Maria Ops da Silva	Hipoglicemia + Hipertensão	Fais/ Lira	Benedito	19:20		Sta Cora Camélio	Ambulância
22/12/19	Otávio de Lima	Tubo de acompanhante	Doni	Facy Weber	6:00		TCL - Ronal	Von Hemochalvi
23/12/19	Tercis Pereira	curativo	Elaine	Lucas	9:30		BR. Saúde	Toro



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3696/2019

DESTINO:
CORNÉLIO

DATA:
22/12/2019

SAÍDA:
04:00

RESPONSÁVEL:
BRUNA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JOSE HERCULANO		NEFRONOR	
2	LUBELIA BRAZ		NEFRONOR	
3	APARECIDO AMARAL		NEFRONOR	
MOTORISTA:		BENEDITO		
VEÍCULO:		FIAT TORO		



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 RELAZIZADO PELA UBS

DATA	NOME DO PACIENTE	Tipo de encaminhamento Motivo do encaminhamento	Prof. que autorizou	Motorista	Hr Saída	Hr Retorno	Destino	Carro utilizado
25/01/20	Valeria Franco Gomes Jose Ilvetic	Uptalton ICL	Pr/taus	Darcy	19:00		Landina Uptalton	Spin Preta
26/01/20	Francisca Santos	Aten no HU PI visitação	Pri	Aroni	09:00		Landina	Toro
26/01/20	Cedemir Viçoso	visito-	Preta	Broni	14:20		AHU Landina	Toro Preta
26/01/20	Katleg Prestione S Ferreira	Susp alongue Hipertens	Pret Pri	Ulchi	17:38		Cornelio	exam
26/01/20	Argelicio Felix Nazzo	alta hospitalar	Pri/Preta	Ueno	19:00		Sto Laro Cornelio	Spin Preta
27/01/20	Jeslaco Guimarães Saiz	Tuberculose Peto	Preta	Robiono	18:30		Sto. novo	Uam
28/01/20	Diane Pereira da Silva	USG	Bruna	Benedito	18:30		Climas Assai	Spin Preta
28/01/20	Maria Ines S.S. Sampaio	USG	Bruna	Benedito	18:30		Climas Assai	Spin Preta
29/01/20	Isabeli Borroni	Emergencia Otorrin	Bruna	Fabiano	17:50		Proporçoa	Spin Preta
29/01/20	Marcos de Oliveira	Emergencia ?	Jack Taus	Fabiano	22:00		Sto. casa Cornelio	Spin Preta



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3697/2019

DESTINO:
BAURU

DATA:
05/02/2020

SAÍDA:
03:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	DINEI CHAGAS DE LIMA	984261123 - 991604350	HOSP. DE REABILITAÇÃO DE AMONALIAS - USP	PEGAR NA CASA - RUA LINO BIGNARDI
2	ACOMP			
MOTORISTA:		BENEDITO		
VEÍCULO:		FIAT TORO		

04/02/2020

Gmail - Fwd: AVISO DE AGENDAMENTO



Fatto Confeccoes Ltda <fattoconfeccoes1@gmail.com>

Fwd: AVISO DE AGENDAMENTO

1 mensagem

991604350

josé carlos diniz <fattocon@gmail.com>

Para: fatto confeccoes ltda <fattoconfeccoes1@gmail.com>

4 de fevereiro de 2020 09:46

----- Forwarded message -----

De: <spp@usp.br>

Date: seg, 3 de fev de 2020 09:43

Subject: AVISO DE AGENDAMENTO

To: <fattocon@gmail.com>

HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS - HRAC/CENTRINHO

AVISO DE AGENDAMENTO - Prontuário : 30316

Dinei Chagas De Lima
Prontuário: 30316

Data(s) do agendamento: 05/02/2020

AVALIAÇÃO E EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS

Data	Horário	Especialidades
05/02/2020	às 06:45 (Quarta-feira)	Exames pré-operatórios

Provável cirurgia: Alveoloplastia com enxerto osseo (unilateral)

4 a mãe

É OBRIGATÓRIA A CONFIRMAÇÃO DA SUA PRESENÇA COM ATÉ 7 DIAS DE ANTECEDÊNCIA DA DATA AGENDADA.
CASO A PRESENÇA NÃO SEJA CONFIRMADA, ESTE ATENDIMENTO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO.

Observações: já // ant: dr. garla // mãe ciente por telefone + e-mail

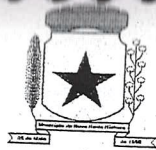
ATENÇÃO !!!

Acesse www.hrac.usp.br/saude/agendamento/duvidas-sobre-agendamento para tirar todas as suas dúvidas sobre este agendamento.

Atenciosamente,

Central de agendamento - Serviço de Prontuário de Paciente (SPP)
Hospital de Reabilitação de Anomalias Cranio Faciais (HRAC)
Universidade de São Paulo (USP)
Rua Silvio Marchione, 3-20 Vila Universitária - Bauru
Pagina oficial: www.hrac.usp.br - E-mail: spp@usp.br

Didi
Saída: 03:00h



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 RELAIZADO PELA UBS

DATA	NOME DO PACIENTE	Tipo de encaminhamento Motivo do encaminhamento	Prof. que autorizou	Motorista	Hr Saída	Hr Retorno	Destino	Carro utilizado
01/20	Kely Cristiane dos Reis	Consulta	Dr. L. Pri Leonardo	Darcy	20:00		Na casa Cornelio	toro
01/20	Ademar + Guaci + Melina Grazilda Ap. Emanuel	Alta ven Consulta	Bruna	Fabiano	18:20		Na casa Cornelio	Vovm
01/20	Carlos de Jesus ma de Saunders Orlando	apresentando sangue no vomito e urina Fazer KX	Prieto	Sobiano	08:32		ICL banco	toro
02/20	José Roberto dos Reis	Alta Hospitalar	Prietas	Joni	10:00		mae Climas Argeborgs	toro
02/20	Luciana Fumina	alta hospitalar	Jade	Cicero	20:00		HU	toro
02/20	José Alitina	alta hospitalar	Pri	Loguio	13:00		ICL	toro
01/20	Hemodialise	Hemodialise	Jade	Fabiano			Cornelio	Spin Treta
02/20	Ademar	Alta	Pri	Fabiano	19:00		fatagimbo	Spin Treta
02/20	Odécio	Alta	Ara	Joni	18:30	22:00	H.U. band	Spin Treta
01/20	Quênia Ep. - Barros de Sá	Qualificação	Dani	Benedicto	05:05		It'ca Cornelio	Spin Treta



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
08/02/20	Leinei Otto	Otto	Prato- ano	Rogério	10:30		Boa Via São Paulo	Touro
08/02/20	Ricardo Bertoso-Santos Carvalho	Urgê de emergência 305 54	Dr. Maurício	Pirite	14:30		Santa Rosa Cornélio	Ambulância
08/02/20	Andressa de Moraes	Alta	Amo/ Prato	Sobrono	19:00		E.P. Santa Rosa	Spin Prato
08/02/20	Lazaria de Souza	Fraturas?	Jacquin	Fabiano	22:00		Santa Rosa Cornélio	Ambulância
09/02/20	Andressa Moraes	Urgê / Emergência	Prato	Cicero	8:00		Santa Cora (Cornélio)	Spin Prato
09/02/20	Andressa Moraes	Buscar	Prato	Cicero	16:00		Santa C. Cornélio	Spin Prato
09/02/20	Lia José Ali Jua	Troca de acompanhante	Prato	Benedito	17:30		I.C.L. Condina	Spin Prato
09/02/20	Anny de Tais de Freitas reaver	Conduta casuais	Dani	Benedito	21:15		Sta Cora Cornélio	Spin Prato
10/02/20	Anderson	Preperno	Prato	Sobrono	18:15		Sta Cora Cornélio	Spin Prato
10/02/20	Rosimar Evanco	gest com dor	Jacquin	Fabiano	21:00		Cornélio	Touro
11/02/20	Logara de Souza	otito	Prato	Ilidi	18:10		Cornélio	Ambulância



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3722/2019

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
10/02/2019

SAÍDA:
03:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	APARECIDA YAASMIN SANTOS	RNM	HOSP. INF. PEQUENO PRINCIPE (08:30H)	PEGAR NA CASA 991740883
2	ACOMP			

MOTORISTA:	BENEDITO
VEÍCULO:	FIAT TORO



Emissão de comprovantes

G332101415012832014
10/12/2019 14:19:49

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
10/12/2019 - AUTOATENDIMENTO - 14.19.51
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: 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: 10/12/2019

=====

DOCUMENTO: 121001

AUTENTICACAO SISBB: E.61B.2B6.BA0.667.FE8