



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°
4175	12/06/2019	4177	3945/2019	1647/2019	

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

Credor
Fornecedor Matrícula CPF/CNPJ
CLODOALDO SILVESTRE 728-5 737.682.199-68

Endereço Bairro
ISMAEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA CENTRO

Cidade/UF CEP Fone Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Nova Santa Bárbara/PR 86250-000 32661389 Conta Corrente 237 57-4 620300-0

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\$ 800,00

Outras informações

Retenções

Total de retenções
R\$ 0,00

Valor líquido
R\$ 800,00

Recursos	Documento	Data	Valor
20003 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Conta bancária 749850 - BB - SUS - Fundo Saúde - 061203	12/06/2019	R\$ 800,00

Recibo
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 1647/2019.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

KATJA GARDENIA DOS SANTOS
Tessoureira

MICHELE SOARES DE JESUS

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 LIQUIDAÇÃO

Emissão: 06/06/2019
Emitido em: 06/06/2019
Requisição N°:
Empenho N°: 1647/2019

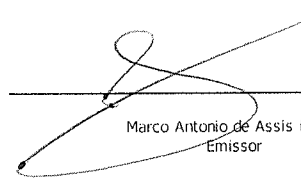
Nome: CLODOALDO SILVESTRE
Número:
Cargo: Aativo
Início da vigência: Fim da vigência: Fim da vig. atualizada: Início da execução: Fim da execução: Fim da exe atualizada:

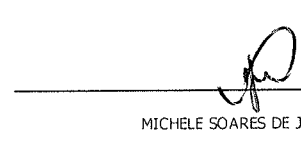
Matrícula: 728-5
CPF/CNPJ: 737.682.199-68
Bairro: CENTRO
Endereço: CLODOALDO SILVESTRE, 560 - CASA
Nova Santa Bárbara/PR
CEP: 86250-000 Fone: 32661389
Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 237 Agência: 57-4 Conta: 620300-0

Objeto da despesa:
08 Secretaria Municipal de Saúde
08.001 Fundo Municipal de Saúde
08.001.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde
08.001.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
08.001.14.14.01.00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)
Retenções:
Total de retenções: R\$ 0,00
Valor líquido: R\$ 800,00

Quem autorizou a liquidação:
MICHELE SOARES DE JESUS

EMPENHA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA CLODOALDO SILVESTRE, 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

7498-5

Brasão
057-4
C1 620300-0

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

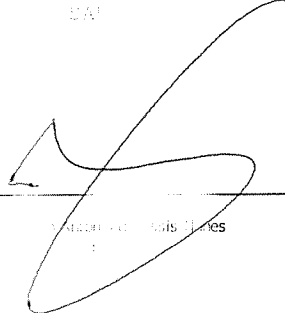
Tipo	Emitido em	Requisição Nº	Req. Compra Nº
Ordinário	06/06/2019		


Número	Aditivo	Início da vigência	Fim da vigência	Fim da vig. atualizada	Início da execução	Fim da execução	Fim da exe. atualizada


Nome	Matrícula	CPF/CNPJ
SILVESTRE	728-5	737.682.199-68
Bairro	CEP	
CENTRO	86250-000	
Cidade	Fone	Tipo de conta bancária
Nova Santa Bárbara/PR	32661389	Conta Corrente
Banco	Agência	Conta
237	57-4	620300-0

Descrição da despesa	Saldo anterior
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 68.930,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde	
08.001.0025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
08.001.01 SALVIDORES EFETIVOS	R\$ 800,00
08.001.01.003 Salário - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
Do Exercício	R\$ 68.130,00

A ANUNCIAÇÃO DE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA CLODOALDO SILVESTRE, PARA TRANSPORTE COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICÍPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.




 LAURITA DE SOUZA CAMPOS
 Contador


 MICHELE SOARES DE JESUS

Silvia Rosa de Lima
 Contador
 CPF: PR - 05159610-9
 CPF: 711.011.369-87
 RG: 027.764-0



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº150/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 06/06/19

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 as despesas com alimentação do Motorista, **Clodoaldo Silvestre** haja vista que as viagens são realizadas fora do Município.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Atenciosamente,

C - 2440
F - 7285


Michele Soares de Jesus
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome


Assinatura

06 / 06 / 19
Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 1647/19
Pg. 12/06/19
712 4175

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Cláudio Filipe</u>	Cargo ou Função: <u>Motorista</u>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: <u>1647</u> Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

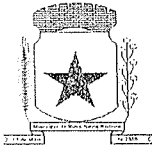
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
11/06/19	40,00			40,00
12/06/19	40,00			40,00
13/06/19	40,00			40,00
14/06/19	40,00			40,00
17/06/19	40,00			40,00
18/06/19	40,00			40,00
TOTAL	240,00 - 240,00			240,00 - 240,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ _____

Nome: <u>Cláudio Filipe</u> Assinatura do Funcionário	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
11/06/19	Viagem a Caspary, Cornelio Procopio, P. Antonio P. Leite
12/06/19	Viagem a Hemodialise em Cornelio Procopio
13/06/19	Viagem a Neuproter Cornelio Procopio, P. Gilmar Broz.
14/06/19	Viagem a Hemodialise em Cornelio Procopio
17/06/19	Viagem a Hemodialise em Cornelio Procopio
18/06/19	Viagem a Clínica Clínica Pediatra P. João Miguel.

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Cleopoldo Ilustre</i>	Cargo ou Função: <i>Médico</i>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: 1647 Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

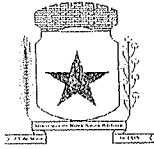
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
19/06/19	40,00			40,00
21/06/19	40,00			40,00
24/06/19	40,00			40,00
26/06/19	40,00			40,00
27/06/19	40,00			40,00
28/06/19	40,00			40,00
TOTAL	240,00 240,00			240,00 240,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

Nome: <i>Cleopoldo Ilustre</i> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
19/06/19	Viagem ?/ Hemodiálise em família Próprio.
21/06/19	Viagem ?/ Loureira, Aflador ? - Umas de Loureira.
24/06/19	Viagem ?/ Hemodiálise em família Próprio.
26/06/19	Viagem ?/ Hemodiálise em família Próprio.
27/06/19	Viagem ?/ Cornelio Próprio GAB 11, R. Elisa Barbara.
28/06/19	Viagem ?/ Hemodiálise em família Próprio.

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Clevaldo Silvestre</u>	Cargo ou Função:
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: <u>1647</u> Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

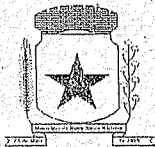
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
01/07/19	40,00			40,00
02/07/19	40,00			40,00
03/07/19	40,00			40,00
04/07/19	40,00			40,00
05/07/19	40,00			40,00
TOTAL	R\$ 200,00			R\$ 200,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

Nome: <u>Clevaldo Silvestre</u> Assinatura do Funcionário	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
01/07/19	Viajem ?/ Hmedicosa em família Pácopio
02/07/19	Viajem ?/ Unidade Clínica Coração P. Maria A. Jesus
03/07/19	Viajem ?/ Hmedicosa em família Pácopio
04/07/19	Viajem ?/ Adm. em família Pácopio P. Maria A. Jesus
05/07/19	Viajem ?/ Hmedicosa em família Pácopio

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Cláudio Jilvestre</i>	Cargo ou Função: <i>Motorista</i>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: <i>1647</i> Solicitação N°:
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____ / ____ / ____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

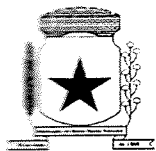
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>08/07/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>09/07/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>10/07/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL	<i>R\$ 120,00</i>			<i>R\$ 120,00</i>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ _____

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>08/07/19</i>	<i>Viagem p/ Hemodialise em família Picozinho</i>
<i>09/07/19</i>	<i>Viagem p/ Hemodialise p- Maria Alina da Silva</i>
<i>10/07/19</i>	<i>Viagem p/ Hemodialise em família Picozinho</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE -- SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2937/2019

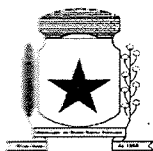
DESTINO:
CORNELIO

DATA:
11/06/2019

SAÍDA:
07:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Ordem	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LOURDES MARIA DE OLIVEIRA	991941692		PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	GERALDO VICENTE INOUE JUNIOR	991941692		
4	ACOMP			
5	ANTONIO PEREIRA LEITE (CADEIRANTE)	NEURO /991569246	CISNOP	PEGAR NA CASA R:JOAO INACIO SOUZA N:33
6	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO:		SPIN PRETA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 2948/2019

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
13/06/2019

SAÍDA:
06:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	CAROLINE APARECIDA LEOCADIO CARNEIRO	ALTO RISCO		PEGAR NA CASA 991101367
2	ACOMP	991101367		
3	JOSE AUGUSTO FELIX SOUZA	991930344	CISNOP E NEUROCOR	PEGAR NA CASA 991930344
4	ACOMP			
5	ACOMP			
6	OSVALDO DE LIMA		HOSPITAL OLHO	
7	GILMAR		NEFRONOR	
8	MARIA		NEFRONOR	
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		VAN DA HEMODIALISE		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3034/2019

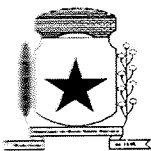
DESTINO:
CORNELIO

DATA:
18/06/2019

SAÍDA:
12:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JOAO MIGUEL GONCALVES GUIMARAES	CONS. PEDIATRICA	DRA. ELIZABETTH	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO:		FIAT TORO		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3035/2019

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
21/06/2019

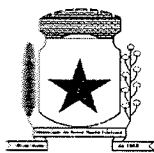
SAÍDA:
11:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
LUCAS DE CAMARGO	CENTRAL DE LEITO	HOSPITALON	POSTO
CLODOALDO			
SPIN AUTOMÁTICA			

MOTORISTA:

VEÍCULO:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle da Viagem 2997/2019

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
27/06/2019

SAÍDA:
06:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

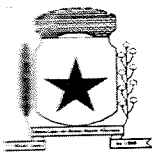
Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA DE LOURDES COSTA SILVA	HEMODIALISE	NEFRONOR	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	ELISA BARBARA SANTOS		CAPS II	PEGAR NA CASA 991787813
4	ACOMP			
5				
6				

MOTORISTA:

CLODOALDO

VEICULO:

SPIN



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3006/2019

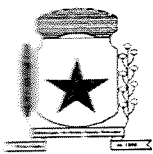
DESTINO:
LONDRINA

DATA:
02/07/2019

SAÍDA:
15:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
MARIA APARECIDA JESUS SAMPAIO	991618845	R. MARTIN LUTHER KING 835	POSTO
ACOMP			
CLODOALDO			
MOTORISTA:			
VEÍCULO:	SPIN AUTOMATICA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3019/2019

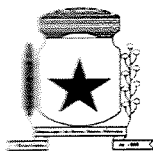
DESTINO:
CORNELIO

DATA:
04/07/2019

SAÍDA:
07:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JOSE MARIANO RAFAEL ALMEIDA	RX	CEDIMAGEM	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	MARIA DE LOURDES COSTA SILVA	RISCO CIRURGICO	CISNOP	PEGAR NA CASA
4	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO:		SANDEIRO		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3036/2019

DESTINO:
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:
09/07/2019

SAÍDA:
07:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Ordem	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LUIZ AUGUSTO BRANDÃO N. ALMEIDA	DERMATO	HUMANITAS	
2	ACOMP	DERMATO	HUMANITAS	
3	REIRIANE REIKO IWAMOTO KOBORI	DERMATO	HUMANITAS	
4	ANA MARIA ARAUJOP GONCALVES	DERMATO	HUMANITAS	
5	ACOMP	DERMATO	HUMANITAS	
6	MARIA CELMA DA SILVA	DERMATO	HUMANITAS	
7	CLAUDINEIA MARQUES EVANGELISTA	DERMATO	HUMANITAS	
8	LUIZ NASCIMENTO	DERMATO	HUMANITAS	
9	JACIRA BORGES FERREIRA	DERMATO	HUMANITAS	

MOTORISTA:	CLODOALDO
VEICULO:	VAN DA HEMO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
12/06/2019 - AUTOATENDIMENTO - 11.27.42
1570002573 SEGUNDA VIA 0002
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
DEBENTE : PM NOVA S BARBARA - EC 29
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0057-4 - ASSAI
CONTA: 620.300-0

FUNDRECIDO: CLODOALDO SILVESTRE
CPF/CNPJ: 737.682.199-68
VALOR: R\$ 800,00
DEBITO EM: 12/06/2019

=====

DOCUMENTO: 061203
AUTENTICACAO SISBB: 6.EFF.182.AD7.F47.3A4