



# Município de Nova Santa Bárbara - PR

Endereço: Rua Walfredo Bittencourt de Moraes, 222 - Centro CEP: 86250000 Cidade: Nova Santa Bárbara  
CNPJ: 95561080000160 IE: Fone: (43) 3266-8100 Fax: Mesmo

## NOTA DE PAGAMENTO

Número **5906** 2019 Data **15/08/2019** Previsão N° **5912** Liquidação N° **5576/2019** Empenho N° **2299/2019** Requisição N°

Licitação \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ Fornecedor **CLODOALDO SILVESTRE**

Endereço **ISRAEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA** Matrícula **728-5** CPF/CNPJ **737.682.199-68**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **32661389** Bairro **CENTRO**

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**

Outras informações \_\_\_\_\_ Valor **R\$ 800,00**

Retenções \_\_\_\_\_ Total de retenções **R\$ 0,00**

Recursos \_\_\_\_\_ Valor líquido **R\$ 800,00**


Documento **Conta bancária 749850 - BB - SUS - Fundo Saúde - 081501** Data **15/08/2019** Valor **R\$ 800,00**

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 2299/2019.

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 **5576/2019** Emitido em **08/08/2019** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Empenho Nº **2299/2019**

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 \_\_\_\_\_

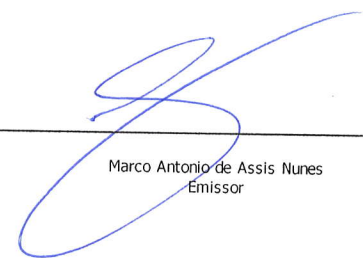
Credor  
 Fornecedor **CLODOALDO SILVESTRE** Matrícula **728-5** CPF/CNPJ **737.682.199-68**  
 Endereço **SMAEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA** Bairro **CENTRO**  
 Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **32661389** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620300-0**

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 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  
 Autorizador

7498-5

Brasão  
 ay 0057-4  
 e 1 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

|           |           |            |               |                |
|-----------|-----------|------------|---------------|----------------|
| Número    | Tipo      | Emitido em | Requisição N° | Req. Compra N° |
| 2299/2019 | Ordinário | 08/08/2019 |               |                |

|               |        |
|---------------|--------|
| 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 |
| Seqüência Contrato |         |                    |                 |                        |                    |                 |                        |

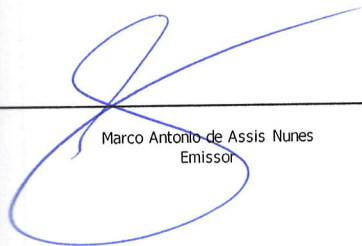
|                                     |           |                |                        |       |         |          |
|-------------------------------------|-----------|----------------|------------------------|-------|---------|----------|
| Credor                              | Matrícula | CPF/CNPJ       |                        |       |         |          |
| Fornecedor                          | 728-5     | 737.682.199-68 |                        |       |         |          |
| <b>CLODOALDO SILVESTRE</b>          |           |                |                        |       |         |          |
| 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                                  | Saldo anterior   |
| 08 Secretaria Municipal de Saúde                          | R\$ 57.890,60    |
| 08.001 Fundo Municipal de Saúde                           | Valor empenhado  |
| 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde   | R\$ 800,00       |
| 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS                       | Saldo atualizado |
| 2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) | R\$ 57.090,60    |
| Do Exercício  |                  |

### Outras informações

Histórico

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA CLODOALDO SILVESTRE, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIA GEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

  
Marco Antonio de Assis Nunes  
Emissor

  
LAURITA DE SOUZA CAMPOS  
Contador

  
MICHELE SOARES DE JESUS



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

E-2299

## CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº121/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 08/08/19

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.

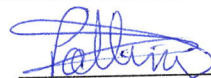
Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

C-2490  
F-7285

Atenciosamente,

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

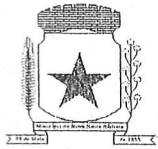
Recebido por: \_\_\_\_\_  
Nome



Assinatura

08 / 08 / 19

Data



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

E 2299/19  
Pg 15/08/19  
5906.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

|  |   |
|--|---|
| Funcionário: <u>Clodoaldo Silvestre</u>  | Cargo ou Função: <u>Motorista</u>                 |
| Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE<br>Unidade Administrativa:  | Nota de Empenho N°: <u>2299</u><br>Solicitação N° |
| DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____<br>N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____ |   |
| TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____   |   |

RESUMO DAS DESPESAS

| DATA  | DIÁRIA     | TRANSPORTE | OUTROS | TOTAL      |
|---|------------|------------|--------|------------|
| 08/08/19                                      | 40,00      |            |        | 40,00      |
| 09/08/19                                      | 40,00      |            |        | 40,00      |
| 12/08/19                                      | 40,00      |            |        | 40,00      |
| 13/08/19                                      | 40,00      |            |        | 40,00      |
| 14/08/19                                      | 40,00      |            |        | 40,00      |
| 15/08/19                                      | 40,00      |            |        | 40,00      |
| TOTAL   | R\$=240,00 |            |        | R\$-240,00 |
| TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver) |            |            |        | R\$        |

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

| DATA     | HISTÓRICO DO ITINERÁRIO   |
|----------|---|
| 08/08/19 | Viagem P/ Casnop. Cornelio Procopio, P- Antonio P. Aguiar.          |
| 09/08/19 | Viagem P/ Hemodiálise em Cornelio Procopio.                         |
| 12/08/19 | Viagem P/ Hemodiálise em Cornelio Procopio.                         |
| 13/08/19 | Viagem P/ Aproximadamente João de Freitas, P- Helene Leite Oliveira |
| 14/08/19 | Viagem P/ Hemodiálise em Cornelio Procopio.                         |
| 15/08/19 | Viagem P/ Srs Mariana H. STF Alice - P- Marilza Abreu.              |

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

|  |  |
|--|--|
| Funcionário: <i>Cleovaldo Silvestre</i>  | Cargo ou Função: <i>Motorista</i>                  |
| Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE<br>Unidade Administrativa:  | Nota de Empenho N°: <i>2299</i><br>Solicitação N°: |
| DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____ / ____ / ____<br>N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____ |  |
| TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____   |  |

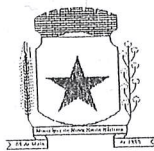
RESUMO DAS DESPESAS

| DATA  | DIÁRIA           | TRANSPORTE | OUTROS | TOTAL            |
|---|------------------|------------|--------|------------------|
| <i>16/08/19</i>                               | <i>40,00</i>     |            |        | <i>40,00</i>     |
| <i>19/08/19</i>                               | <i>40,00</i>     |            |        | <i>40,00</i>     |
| <i>20/08/19</i>                               | <i>40,00</i>     |            |        | <i>40,00</i>     |
| <i>21/08/19</i>                               | <i>40,00</i>     |            |        | <i>40,00</i>     |
| <i>22/08/19</i>                               | <i>40,00</i>     |            |        | <i>40,00</i>     |
| <i>23/08/19</i>                               | <i>40,00</i>     |            |        | <i>40,00</i>     |
| TOTAL   | <i>RA=240,00</i> |            |        | <i>RA=240,00</i> |
| TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver) |                  |            |        | R\$              |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Nome: <i>Cleovaldo Silvestre</i><br>Assinatura do Funcionário | Nome: <i>[Assinatura]</i><br>Secretário | Nome: _____<br>Assinatura do Tesoureiro |
|---|---|---|

| DATA            | HISTÓRICO DO ITINERÁRIO                                      |
|-----------------|--|
| <i>16/08/19</i> | <i>Viagem ? / Hemodiálise em Sorvelio Picoopio.</i>          |
| <i>19/08/19</i> | <i>Viagem ? / Hemodiálise em Sorvelio Picoopio.</i>          |
| <i>20/08/19</i> | <i>Viagem ? / Usnos em Sorvelio Picoopio ? - Una M. Plus</i> |
| <i>21/08/19</i> | <i>Viagem ? / Hemodiálise em Sorvelio Picoopio.</i>          |
| <i>22/08/19</i> | <i>Viagem ? / Utroclin londrino ? - Zona F. Pons.</i>        |
| <i>23/08/19</i> | <i>Viagem ? / Hemodiálise em Sorvelio Picoopio.</i>          |

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

|  |   |
|--|---|
| Funcionário: <u>Cláudio Gilstre</u>  | Cargo ou Função: <u>Motorista</u>                 |
| Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE<br>Unidade Administrativa:  | Nota de Empenho N°: <u>2299</u><br>Solicitação N° |
| DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____<br>N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____ |   |
| TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____   |   |

RESUMO DAS DESPESAS

| DATA  | DIÁRIA       | TRANSPORTE | OUTROS | TOTAL       |
|---|--------------|------------|--------|-------------|
| 26/08/19                                      | 40,00        |            |        | 40,00       |
| 27/08/19                                      | 40,00        |            |        | 40,00       |
| 28/08/19                                      | 40,00        |            |        | 40,00       |
| 29/08/19                                      | 40,00        |            |        | 40,00       |
| 30/08/19                                      | 40,00        |            |        | 40,00       |
| 02/09/19                                      | 40,00        |            |        | 40,00       |
| TOTAL   | R\$ = 240,00 |            |        | 24 = 240,00 |
| TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver) |              |            |        | R\$         |

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

| DATA     | HISTÓRICO DO ITINERÁRIO                               |
|----------|---|
| 26/08/19 | Viagem p/ Hemodiálise em Carnélio Próprio.            |
| 27/08/19 | Viagem p/ o H.V de Londrina, P. Madolima F. Mainardi. |
| 28/08/19 | Viagem p/ Hemodiálise em Carnélio Próprio.            |
| 29/08/19 | Viagem p/ STª Mariana H. m. P. Rosanna D. Oliveira    |
| 30/08/19 | Viagem p/ Hemodiálise em Carnélio Próprio.            |
| 02/09/19 | Viagem p/ Hemodiálise em Carnélio Próprio.            |

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

## NOVA SANTA BÁRBARA

## DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

|  |   |
|--|---|
| Funcionário: <u>Robaldo Alustre</u>  | Cargo ou Função: <u>motorista</u>                 |
| Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE<br>Unidade Administrativa:  | Nota de Empenho N°: <u>2299</u><br>Solicitação N° |
| DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____<br>N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____ |   |
| TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____   |   |

## RESUMO DAS DESPESAS

| DATA  | DIÁRIA    | TRANSPORTE | OUTROS | TOTAL     |
|---|-----------|------------|--------|-----------|
| 03/09/19                                      | 40,00     |            |        | 40,00     |
| 04/09/19                                      | 40,00     |            |        | 40,00     |
|   |           |            |        |           |
|   |           |            |        |           |
|   |           |            |        |           |
| TOTAL   | R\$=80,00 |            |        | R\$=80,00 |
| TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver) |           |            |        | R\$       |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Nome: <u>Robaldo Alustre</u><br>Assinatura do Funcionário<br>____/____/____ | Nome: <u>[assinatura]</u><br>Secretário | Nome: _____<br>Assinatura do Tesoureiro |
|---|---|---|

| DATA     | HISTÓRICO DO ITINERÁRIO                  |
|----------|--|
| 03/09/19 | Viagem p/ B.R. Saúde em Assai P.         |
| 04/09/19 | Viagem p/ Hemodiálise em Joinville - SC. |
|          |  |
|          |  |

Observações:





PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3136/2019**

DESTINO:  
CORNELIO/SANTA MARIANA

DATA:  
08/08/2019

SAÍDA:  
06:30H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

| Ord        | Nome passageiro         | Especialidade | Destino | Obs.:                      |
|------------|-------------------------|---------------|---------|----------------------------|
| 1          | MARILZA ABREU           |               |         | PEGAR NA VILA<br>991876280 |
| 2          | SILVANA F. DOS SANTOS   |               |         | PEGAR NA CASA<br>991831500 |
| 3          | LICA (ENFERMEIRA)       |               |         | PEGAR NA CASA              |
| 4          | ANTONIO PEREIRA AZEVEDO | USG           | CISNOP  | PEGAR NA CASA              |
| 5          | ACOMP                   |               |         |                            |
| MOTORISTA: |                         | CLODOALDO     |         |                            |
| VEÍCULO:   |                         | SPIN PRETA    |         |                            |



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3146/2019**

DESTINO:  
ARAPONGAS

DATA:  
13/08/2019

SAÍDA:  
05:30H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

| R | Nome passageiro              | Especialidade | Destino   | Obs.:  |
|---|------------------------------|---------------|-----------|--|
| 1 | HELENA LEITE OLIVEIRA        | CARDIO        | ARAPONGAS | PEGAR NA CASA NA ULTIMA RUA COM ESPERANÇA PERTO RUTINEIA CASA VERMELHA |
| 2 | ACOMP                        |               |           |  |
| 3 | MALVINA NASCIMENTO MAINARDES | CARDIO        | ARAPONGAS | PEGAR NA CASA 991170937  |
| 4 | ACOMP                        |               |           |  |

MOTORISTA: CLODOALDO

VEÍCULO: SPIN AUTOMATICA

*52. Saúde Secretaria de Saúde Arapongas*

*[Handwritten signature]*



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3157/2019**

DESTINO:  
CORNELIO/SANTA MARIANA

DATA:  
15/08/2019

SAÍDA:  
06:30H

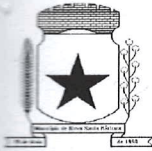
RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

| Ord        | Nome passageiro             | Especialidade      | Destino           | Obs.:                            |
|------------|-----------------------------|--------------------|-------------------|----------------------------------|
| 1          | MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA | OFTALMO            | HOSPITAL DE OLHOS | PEGAR NA CASA<br>991609889       |
| 2          | ACOMP                       |                    |                   | VAI ESPERAR NA BELA<br>AGRICOLA  |
| 3          | ANA VITORIA ZAGANSKI        | GESTANTE           | HOSP. STA ALICE   | PEGAR NA VILA RURAL<br>991769597 |
| 4          | MARILZA ABREU               | GESTANTE           | HOSP. STA ALICE   | PEGAR NA VILA RURAL<br>991876280 |
| 5          | CARMEM DAIANE               | GESTANTE           | HOSP. STA ALICE   | PEGAR NA CASA<br>991261099       |
| MOTORISTA: |                             | CLODOALDO          |                   |                                  |
| VEÍCULO:   |                             | VAN DA HEMODIALISE |                   |                                  |

**OBS: A LICA NÃO VAI, A DÉBORA QUE VAI FAZER A TRAIGEM**

**FAVOR LEVAR O CADERNO QUE ESTA ANEXO A LISTA**

*e entregou p/ a Enfermeira  
Débora q vai acomp. as  
gestantes.*



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3175/2019**

DESTINO:  
CORNELIO

DATA:  
20/08/2019

SAÍDA:  
06:30H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

| Ord        | Nome passageiro          | Especialidade   | Destino | Obs.:                                     |
|------------|--------------------------|-----------------|---------|---|
| 1          | LINA MARIA ALVES         | NEURO           | CISNOP  | PEGAR NA VILA RURA<br>991824115/991708284 |
| 2          | ACOMP                    |                 |         |   |
| 3          | ELIZA BARBARA DOS SANTOS | NEURO           | CISNOP  | PEGAR NA CASA<br>991787813                |
| 4          | ACOMP                    |                 |         |   |
| 5          | ACOMP                    |                 |         |   |
| MOTORISTA: |                          | CLODOALDO       |         |   |
| VEÍCULO:   |                          | SPIN AUTOMATICA |         |   |



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

## Secretaria Municipal de Saúde

### TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3182/2019

DESTINO:  
LONDRINA

DATA:  
22/08/2019

SAÍDA:  
8:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

| Ord        | Nome passageiro              | Especialidade     | Destino                           | Obs.:                                 |
|------------|------------------------------|-------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 1          | GENI BERNARDES DE OLIVEIRA   | RNM               | ULTRAMED                          | PEGAR NA VILA RURAL<br>(011)972770438 |
| 2          | ACOMP                        |                   |                                   |                                       |
| 3          | FELYPE MIGUEL MUNHOZ GUILLEN | MICROFISIOTERAPIA | RUA RUBENS CARLOS DE<br>JESUS 420 |                                       |
| 4          | ACOMP                        |                   |                                   |                                       |
| 5          | IVANA FRANCISCA GUILLEN PONS | USG               | ULTRACLIN                         |                                       |
| MOTORISTA: |                              | CLODOALDO         |                                   |                                       |
| VEÍCULO:   |                              | SPIN PRETA        |                                   |                                       |



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3197/2019**

DESTINO:  
LONDRINA

DATA:  
27/08/2019

SAÍDA:  
06:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

| Ordem         | Nome passageiro             | Especialidade | Destino | Obs.:         |
|---------------|-----------------------------|---------------|---------|---------------|
| 1             | MADALENA FERREIRA MAINARDES | 991589840     | HU      | PEGAR NA CASA |
| 2             | ACOMP                       |               |         |               |
| 3             | EUZA APARECIDA REIS         | SÓ VAI        | HC      | POSTO         |
| 4             | ACOMP                       | SÓ VAI        |         |               |
| CONDUTORISTA: |                             | CLODOALDO     |         |               |
| VEÍCULO:      |                             | SPIN PRETA    |         |               |



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3209/2019**

DESTINO:  
SANTA MARIANA

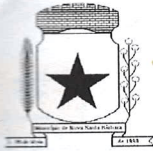
DATA:  
29/08/2019

SAÍDA:  
06:30H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

| Ord | Nome passageiro          | Especialidade | Destino           | Obs.:         |
|-----|--------------------------|---------------|-------------------|---------------|
| 1   | LICA ENFERMEIRA          | GESTANTE      | HOSP. SANTA ALICE | PEGAR NA CASA |
| 2   | CARMEN DAIANE OLIVEIRA   | GESTANTE      | HOSP. SANTA ALICE | PEGAR NA CASA |
| 3   | JULIANA FELIX DE SOUZA   | GESTANTE      | HOSP. SANTA ALICE | PEGAR NA CASA |
| 4   | ANA VITORIA ZAGANSKI     | GESTANTE      | HOSP. SANTA ALICE | PEGAR NA CASA |
| 5   | CAUANE CRISTINA OLIVEIRA | GESTANTE      | HOSP. SANTA ALICE | PEGAR NA CASA |
| 6   | ACOMP                    |               |                   |               |

|            |                 |
|------------|-----------------|
| MOTORISTA: | CLODOALDO       |
| VEÍCULO:   | SPIN AUTOMÁTICA |



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3222/2019**

DESTINO:  
**ASSAI**

DATA:  
**03/09/2019**

SAÍDA:  
**08:00H**

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

| Qtd        | Nome passageiro                 | Especialidade    | Destino  | Obs.:                      |
|------------|---------------------------------|------------------|----------|----------------------------|
| 1          | BENEDITA MARIA FURTOSO FERREIRA | RETORNO OTORRINO | BR+SAUDE | PEGAR NA CASA<br>991040092 |
| 2          | ACOMP                           |                  |          |                            |
| MOTORISTA: |                                 | <b>CLODOALDO</b> |          |                            |
| VEÍCULO:   |                                 | SPIN PRETA       |          |                            |





Emissão de comprovantes

G33715094822745501  
15/08/2019 09:53:3

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
15/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 09.53.32  
2573902573 SEGUNDA VIA 0001

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: 237 - BANCO BRADESCO S.A.  
AGENCIA: 0057-4 - ASSAI  
CONTA: 620.300-0

FAVORECIDO: CLODOALDO SILVESTRE  
CPF/CNPJ: 737.682.199-68  
VALOR: R\$ 800,00  
DEBITO EM: 15/08/2019

=====

DOCUMENTO: 081501  
AUTENTICACAO SISBB: 0.D38.380.642.218.8C6

Transação efetuada com sucesso por: JB517799 ERIC KONDO.