



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
8832	10/12/2019	8846	8582/2019	3388/2019	

Licitação
Tipo 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 **CLODOALDO SILVESTRE**

Endereço
RUA ISMAEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA

Cidade/UF
Nova Santa Bárbara/PR

Matricula
728-5

CPF/CNPJ
737.682.199-68

Bairro
CENTRO

CEP
86250-000

Fone
32661389

Tipo de conta bancária
Conta Corrente

Banco
237

Agência
57-4

Conta
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

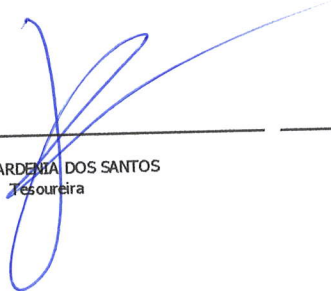
Recursos

00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303	Documento 121002	Data 10/12/2019	Valor R\$ 800,00
--	--	---------------------	--------------------	---------------------

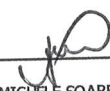
Recibo
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 3388/2019.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____



KATIA GARDEAVIA DOS SANTOS
Treasurer



MICHELE SOARES DE JESUS



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 LIQUIDAÇÃO

Número **8582/2019** Emitido em **02/12/2019** Requisição Nº _____ Empenho Nº **3388/2019**

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 **RUA ISMAEL 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
08.001 Fundo Municipal de Saúde
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Saldo do empenho **R\$ 800,00**
Valor liquidado **R\$ 800,00**
Saldo a liquidar **R\$ 0,00**

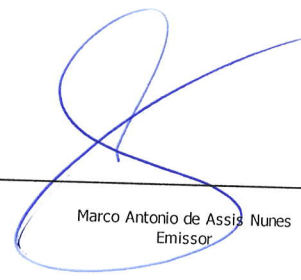
Outras informações

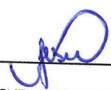
Retenções

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

17915-9

Receber
ad 0057-4
el 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°
3388/2019	Ordinário	02/12/2019		

Licitação		Número	
Tipo			
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		Matricula		CPF/CNPJ	
Fornecedor					
CLODOALDO SILVESTRE		728-5		737.682.199-68	

Endereço		Bairro	
RUA 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\$ 31.650,60
08.001 Fundo Municipal de Saúde		
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\$ 30.850,60

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 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

Nº286/2019

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 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,


Michele Soares de Jesus
Secretária Municipal de Saúde

C - 2490
F - 7285

Recebido por: _____

Nome


Assinatura

02 / 12 / 19
Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E3388/19

19. 10/12/19

8832

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Cleobaldo Fleiter</u>		Cargo ou Função: <u>Motorista</u>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:		Nota de Empenho Nº: <u>3388</u> Solicitação Nº:
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ Nº DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____		
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____		

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
03/12/19	40,00			40,00
04/12/19	40,00			40,00
05/12/19	40,00			40,00
06/12/19	40,00			40,00
09/12/19	40,00			40,00
10/12/19	40,00			40,00
TOTAL	R\$=240,00			40,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$=240,00

Nome: <u>Cleobaldo Fleiter</u> Assinatura do Funcionário	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
03/12/19	Viagem p/ Londrina, J.C.L. P-Lucia, Vitoria Sibria
04/12/19	Viagem p/ Hemodiálise em Cornelio Procopio
05/12/19	Viagem p/ Londrina, P-Direc Ayala Santa Casa
06/12/19	Viagem p/ Hemodiálise em Cornelio Procopio
09/12/19	Viagem p/ Hemodiálise em Cornelio Procopio
10/12/19	Viagem p/ Sta Mariana, P-Gumari Carmati

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Clodoaldo Tiburto</i>	Cargo ou Função: <i>Motociclista</i>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho Nº: <i>3388</i> Solicitação Nº
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ Nº DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>12/12/2019</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>19/12/2019</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL	<i>R\$ = 80,00</i>			<i>R\$ = 80,00</i>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

Nome: <i>Clodoaldo Tiburto</i> Assinatura do Funcionário	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>12/12/19</i>	<i>Viagem p/ Santa Rosa de Indaiá, P. Derce Ayala</i>
<i>19/12/19</i>	<i>Viagem p/ São Jerônimo do Serra, Humberto Tiburto</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Cláudio Ailene</i>	Cargo ou Função: <i>Morista</i>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho Nº: <i>9388</i> Solicitação Nº
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ Nº DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>13/12</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>16/12</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>17/12</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>18/12</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL	<i>R\$ = 160,00</i>			<i>R\$ = 160,00</i>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				RS

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>13/12/19</i>	<i>Viagem p/ Hemodiálise em família Procipio</i>
<i>16/12/19</i>	<i>Viagem p/ Hemodiálise em família Procipio</i>
<i>17/12/19</i>	<i>Viagem p/ Ondina Santa Casa P- Rondonia</i>
<i>18/12/19</i>	<i>Viagem p/ Hemodiálise em família Procipio</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: Cleodaldo F. F. de Souza Cargo ou Função: Motorista
 Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade Administrativa: _____ Nota de Empenho Nº: 3388
 Solicitação Nº: _____
 DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____
 Nº DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____
 TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____

RESUMO DAS DESPESAS				
DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
20/12/19	40,00			40,00
13/01/2020	40,00			40,00
TOTAL	80,00			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				80,00
				R\$

Nome: Cleodaldo F. F. de Souza Assinatura do Funcionário
 Nome: [Assinatura] Secretário
 Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
20/12/19	Viajem p/ Hemodialise em Cornélio Procopio
13/01/2020	Viajem p/ Loureiro Santa Cruz - P. Dora Ayala

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Clodoaldo Filizola</u>	Cargo ou Função: <u>Médico</u>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: <u>3388</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
14/01/2020	100,00			100,00
14/01/2020	43,40			43,40
15/01/2020	40,00			40,00
TOTAL	R\$ = 183,40			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ = 183,40
				R\$

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
14/01/2020	Viagem ?/ Bauru - São Paulo - Hospital Cenbimho, P. Jeoncarlos Duriz.
14/01/2020	Basto em pedagio para Bauru SP.
15/01/2020	Viagem ?/ Hematologia em família Gregório

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Cláudio Alente</i>	Cargo ou Função: <i>Morista</i>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: <i>3388</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>16/01/2020</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>17/01/2020</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL	<i>80,00</i>			<i>80,00</i>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>16/01/2020</i>	<i>Viagem ?/ São Jerônimo Hermenegildo, F. Durso Anguloni</i>
<i>17/01/2020</i>	<i>Viagem ?/ Hermenegildo em nome de [Assinatura]</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA
Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3523/2019

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
03/12/2019

SAÍDA:
06:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JOAO DE SOUZA PIMENTEL	USG	ULTRACLIN	PEGAR NA CASA 991461145
2	ACOMP			
3	DIRCE AYALA BETORDO		SANTA CASA	PEGAR NA CASA
4	ACOMP			
5	GISELLIA SILVESTRE	USG	ULTRACLIN	
6	LUCIA VIOTTO DA SILVA		HU	PEGAR NA CASA 991675570
7	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		VAN HEMODIALISE		

- Pedro Guzman - Hoffmann }
Co acomp. } ruda.

Antônio Bruno

mauricio de noronha
27h Curoza

José Antônio 991196376

Sida Branco 991542488

Delma Sobrinho

Marli Stela Dr. Robson

Teuzinha OK



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3601/2019

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
05/12/2019

SAÍDA:
07:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	GILMARI GARMATE	CLINICA		
2	ACOMP			
3	DIRCE AYALA	SANTA CASA		
4	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		TORO		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3554/2019

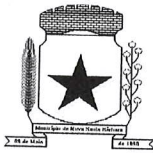
DESTINO:
SANTA MARIANA

DATA:
10/12/2019

SAÍDA:
10:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	FRANCIELE DE FREITAS		HOSPITAL SANTA ALICE	PEGAR NA CASA 991043208
2	JESSICA GUIMARAES SOUZA		HOSPITAL SANTA ALICE	PEGAR NA CASA 991111203
3	VANESSA BORSOI DA SILVA		HOSPITAL SANTA ALICE	PEGAR NA CASA 991920266
4	LICA ENFERMEIRA		HOSPITAL SANTA ALICE	
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		SANDEIRO		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3628/2019

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
12/12/2019

SAÍDA:
07:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qty	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	DIRCE AYALA	SANTA CASA		
2	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		SANDERO		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3567/2019

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
17/12/2019

SAÍDA:
07:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	RONALDO PEREIRA NUNES			
2	ACOMP		SANTA CASA	PEGAR NA CASA
3	MARIA DE JESUS BRIZOLA			
4	ACOMP		SINTRAS	PEGAR NA CASA 991420052
5	ACOMP			
6	CARLOS FERREIRA DE SOUZA	EXAME	ICL	PEGAR NA CASA 991742316
7	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		VAN ADESIVADA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3629/2019

DESTINO:
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:
19/12/2019

SAÍDA:
07:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MATHEUS SOUZA DIAS		HUMANITAS	
2	ACOMP			
3	JANDIRA OLIVEIRA LOPES		HUMANITAS	
4	MAURECI MENDES SANTOS		HUMANITAS	
5	DELVIRA ROSA DE JESUS REIS		HUMANITAS	PEGAR NA CASA
6	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		SANDEIRO		

FAZER EM DUAS VIAGENS OU IR DE AMBULANCIA



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3613/2020

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
13/01/2020

SAÍDA:
06:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	DIRCE AYALA			PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	NILSON AFONSO			PEGAR NA CASA
4	INA MOTA			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		SANDERO		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3617/2020

DESTINO:
BAURU - SP

DATA:
14/01/2020

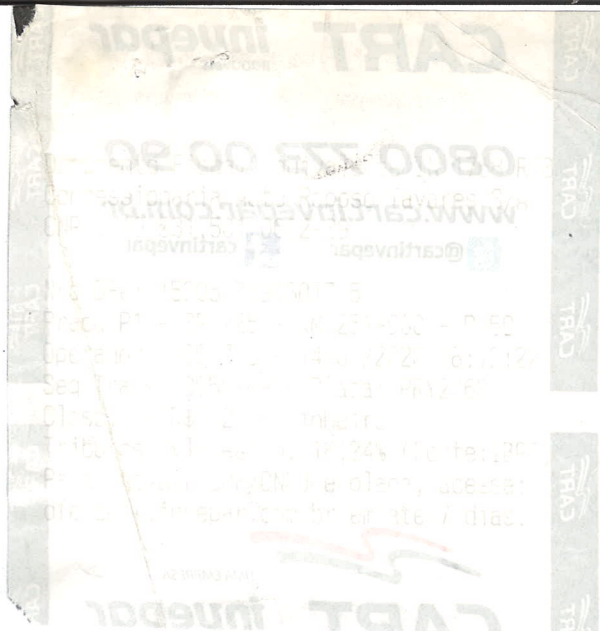
SAÍDA:
05:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	DINEI CHAGAS DE LIMA	HOSPITAL CENTRINHO		PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	JEANCARLO DINIZ	HOSPITAL CENTRINHO		PEGAR NA CASA
4	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		TORO		

Documento Fiscal Equivalente IN 1768 RFB
Concessionaria Auto Raposo Tavares S/A
CNPJ: 10.531.501/0002-39

Nº DFe: 1530557891001715
Placa P1 - SP 225 - KM 251+900 - P-50
Operador: 1001715 - 14/01/2020 18:12:22
Seq Trans: 3055789 - Placa: PRV2765
Class: 1 - R\$7,20 - Dinheiro
Tributos: Vlr estim. 18,24% (Fonte:IBPT)
Para incluir CPF/CNPJ e placa, acesse:
e.cart.invepar.com.br em ate 7 dias.





PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3634/2020

DESTINO:
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:
16/01/2020

SAÍDA:
07:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	AURORA COSTA SINGULANI	HUMANITAS		PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA		CLODOALDO		
VEÍCULO:		AMBULANCIA		

10/12/2019

Banco do Brasil

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
10/12/2019 - AUTOATENDIMENTO - 14.19.51
2573902573 SEGUNDA VIA 0004

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: 620.300-0

FAVORECIDO: CLODOALDO SILVESTRE
CPF/CNPJ: 737.682.199-68
VALOR: R\$ 800,00
DEBITO EM: 10/12/2019

=====

DOCUMENTO: 121002
AUTENTICACAO SISBB: 0.9D8.783.BDA.E97.A63