



# 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	Liquidação Nº
6595	15/12/2022	6605	6179/2022	3751/2022	

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 exec. atualizada \_\_\_\_\_

Credor \_\_\_\_\_  
Forma de pagamento \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_ CPF/CNPJ \_\_\_\_\_  
CLODOALDO SILVESTRE 728-5 737.682.199-68

Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
RUA GERMANO CARLOS ALBERTO LUDITK, 0 - CASA CENTRO

Cidade/UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_ Tipo de conta bancária \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_ Agência \_\_\_\_\_ Conta \_\_\_\_\_  
Nova Santa Bárbara/PR 86250-000 43991255831 Conta Corrente 748 717-0 60341-4

Classificação da despesa \_\_\_\_\_  
2710 08 Secretaria Municipal de Saúde  
08.001 Fundo Municipal de Saúde  
10 301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde  
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Valor: R\$ 66,00

Outras informações \_\_\_\_\_

Retenções \_\_\_\_\_  
Total das retenções R\$ 0,00  
Valor líquido R\$ 66,00

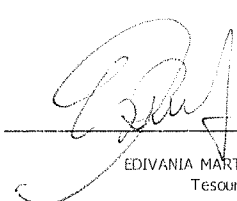
Servidor que autorizou o pagamento \_\_\_\_\_  
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

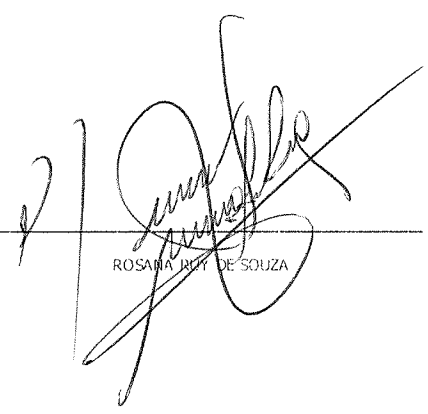
Recursos \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_  
00393 - Saude - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 121501 15/12/2022 R\$ 66,00

Recibo \_\_\_\_\_  
Receti do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Sessenta e Seis Reais, referente ao pagamento do empenho número 3751/2022.

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

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

  
EDIVANIA MARTINS DE LIMA  
Tessoureira

  
ROSANA RUY DE SOUZA



# 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

Número **6179/2022** Emitido em **06/12/2022** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Empenho Nº **3751/2022**

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 **CLODOALDO SILVESTRE** Matrícula **728-5** CPF/CNPJ **737.682.199-68**  
Endereço **RUA GERMANO CARLOS ALBERTO LUDITK, 0 - CASA** Bairro **CENTRO**  
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **43991255831** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **60341-4**


Classificação da despesa \_\_\_\_\_  
08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo do empenho R\$ 66,00**  
08.001 Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado R\$ 66,00**  
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Saldo à Liquidar R\$ 0,00**  
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS  
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

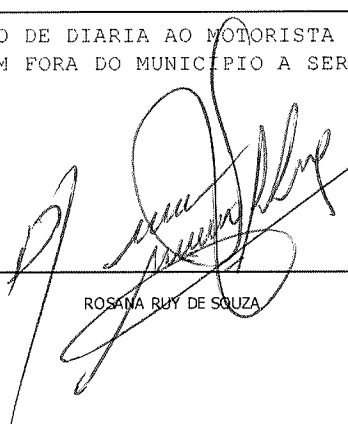
Outras informações \_\_\_\_\_

Retenções \_\_\_\_\_  
**Total de retenções R\$ 0,00**  
**Valor líquido R\$ 66,00**

Servidor que autorizou a liquidação \_\_\_\_\_  
**234730 - ROSANA RUY DE SOUZA**

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.

  
\_\_\_\_\_  
Claudia Pereira da Silva  
Emissor

  
\_\_\_\_\_  
ROSANA RUY DE SOUZA



# 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 **3751/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **06/12/2022** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Req. Compra Nº \_\_\_\_\_

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 **CLODOALDO SILVESTRE** Matrícula **728-5** CPF/CNPJ **737.682.199-68**

Endereço **RUA GERMANO CARLOS ALBERTO LUDITK, 0 - CASA** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **43991255831** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **60341-4**

Classificação da despesa \_\_\_\_\_

08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior

08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 13.070,00

10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado

3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 66,00


2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo atual


Do Exercício R\$ 13.004,00

Outras informações \_\_\_\_\_

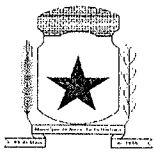
Histórico \_\_\_\_\_

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

  
 Eduardo do Socorro Araújo  
 Emissor

  
 LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA  
 Contador - CRC: 046096

  
 ROSANA RUY DE SOUZA



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

## CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 415/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 06/12/22

**ASSUNTO:** Solicitação de diária Motorista

Mediante autorização desta Secretaria Municipal de Saúde, solicito empenho e pagamento de diária no valor de **R\$ 66,00 (sessenta e seis 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,

7285



Rosana Ruy de Souza

Secretária Municipal de Saúde

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



Assinatura

06/12/22  
Data



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**NOVA SANTA BÁRBARA**  
ESTADO DO PARANÁ

E 3751/22  
P8 15/12.

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

Funcionário: <u>Ricardo Silvestre</u>	Cargo ou Função: <u>M. Tourista</u>
Órgão: <u>Secretaria Municipal de Saúde</u> Unidade Administrativa:	Nota de Empenho/Nº: Solicitação Nº
DESPESA REALIZADA COM RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: ___/___/___	
NUMERO DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: _____	

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
11/01/2023	33.00			33.00
19/01/2023	33.00			33.00
<b>TOTAL</b>	<u>66.00</u>			<u>128.00</u>
<b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b>				

**RESUMO DAS DESPESAS**

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
11/01/2023	Viagem a Ampéngos Umuar, P. Camila Capabilla.
19/01/2023	Viagem a H.V de Londrina, P. João Broneo Silva.



SECRETARIA DE SAÚDE  
Nova Santa Bárbara

Rua Antônio Joaquim Rodrigues, s/n. - Jardim Alto da Boa Vista  
Fone/Fax: (43)3266-8050

CONTROLE DE INTERNAMENTO E ENCAMINHAMENTO REALIZADOS PELA UBS

DATA	NOME DO PACIENTE	Tipo de encaminhamento Motivo do encaminhamento	Prof. que autorizou	Motorista	Hr Saída	Hr Retorno	Destino	Carro Utilizado
08/01/23	Aparecida Braga dos Santos	Trava de acompanhamento	Jane	Luiz Alexandre	07:20		Jardim Alto da Boa Vista	Toro
08/01/23	Dr.º Braga Santana	Trava de acomp.	Alaine	Luiz Alexandre	07:20	14:12	Jardim Alto da Boa Vista	TORO.
<del>08/01/23</del>	<del>João Paulo da Silva</del>	<del>enc. Sta. Lora</del>	<del>Alaine</del>	<del>Sidney</del>	<del>16:56</del>		<del>Santa Lora</del>	<del>Arbitragem</del>
08/01/23	Neusa Higino da Silva	Sutural / fraturado	Alaine	Sidney	18:00		Sta Lora	
08/01/23	João Paulo da Silva	dores abdominais	Alaine	Sidney	18:00		Sta Lora	
10/01/23	Esperide Ferreira mendonça	Infante ?	Luciana	Felice	01:00		Sta. Lora	Spin Nova
10/01/23	Vanderlei José Franco	acompanhamento	Luciana	Sidney	08:00		H.U. Lora	Toro
11/01/23	Camila Gabriela	Alta	Jane	Clodivalda	17:00		Arbitragem	Spin Nova
11/01/23	Edi Uliviana Parysky	Alta Hospitalar	Priscila	Clodivalda	12:00		Arbitragem	Toro
16/01/23	Rosane Op.º de Queiroz	Santa Lora Londrina	Marly Walker	Sidney	20:00		Londrina	Toro
18/01/23	Adriana Justino	Internamento	Priscila	Sidney	18:30		Santa Mariana	Toro
19/01/23	Leão Franco do Prado	Alta Hospitalar	Priscila	Clodivalda	18:40		H.U. Londrina	Spin Nova
20/01/23	Aparecida P. Lopes	Hospitalar	Priscila	Sidney	18:00		Hospitalar Londrina	Toro
21/01/23	Priscila	Alta Hospitalar	Priscila	Luiz Alexandre	12:00		Arbitragem	Spin Nova



### Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
15/12/2022 - AUTOATENDIMENTO - 14.01.40  
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  
REMITENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS  
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.  
AGENCIA: 0717 X - SICREDI CAMBARA  
CONTA: 60.341-4

FAVORCIDO: CLODALDO SILVESTRE  
CPF/CNPJ: 737.682.199-68  
VALOR: R\$ 66,00

DEBITO EM: 15/12/2022

DOCUMENTO: 121501  
AUTENTICACAO SISBB: 7.C3B.58C.7B5.625.EFC

Transação efetuada com sucesso por: J5912892 CI AUDEMIR VALERIO.