



# 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

<b>SESA</b>	<b>Data</b> 05/03/2020	<b>Previsão N°</b> 954	<b>Liquidação N°</b> 637/2020	<b>Empenho N°</b> 429/2020	<b>Requisição N°</b>
-------------	---------------------------	---------------------------	----------------------------------	-------------------------------	----------------------

**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** 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**  
2560 08 Secretaria Municipal de Saúde

08.001 Fundo Municipal de Saúde

10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor

3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 800,00

**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 030503 05/03/2020 R\$ 800,00

**Recebi**  
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 429/2020.

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

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

  
KATIA GARDEMIA DOS SANTOS  
Treceira

  
MICHELE SOARES DE JESUS  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



# 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

Numero: **537/2020** Emitido em: **27/02/2020** Requisição Nº: \_\_\_\_\_ Empenho Nº: **429/2020**

Destinação: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Contrato/Aditivo: \_\_\_\_\_  
 Aditivo: \_\_\_\_\_ Início da vigência: \_\_\_\_\_ Fim da vigência: \_\_\_\_\_ Fim da vig. atualizada: \_\_\_\_\_ Início da execução: \_\_\_\_\_ Fim da execução: \_\_\_\_\_ Fim da exe. atualizada: \_\_\_\_\_

Beneficiário: **CLODOALDO SILVESTRE** Matrícula: **728-5** CPF/CNPJ: **737.682.199-68**  
 Endereço: **RUA ISMAEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA** Bairro: **CENTRO**  
 CEP: **86250-000** Fone: **32661389** Tipo de conta bancária: **Conta Corrente** Banco: **237** Agência: **57-4** Conta: **620300-0**

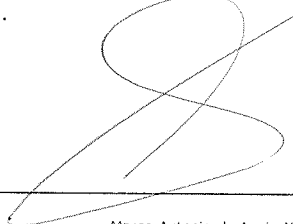
Classificação da despesa:  
 08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho  
 08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 800,00  
 33.901.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado  
 33.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 800,00  
 2560 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 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

Historico:  
 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  
 SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

17915-9

Bealero  
 aug 057-4  
 e1 620300-0



# 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:** 429/2020 **Tipo:** Ordinário **Emitido em:** 27/02/2020 **Requisição N°:** **Req. Compra N°:**

**Destinação:** **Fluxo:** **Item:** **Descrição:** **Valor:** **Unidade:** **Quantidade:** **Valor Unitário:** **Valor Total:** **Observações:**

**Contrato/Aditivo:** **Assinatura:** **Contrato:** **Aditivo:** **Início da vigência:** **Fim da vigência:** **Fim da vig. atualizada:** **Início da execução:** **Fim da execução:** **Fim da exe. atualizada:**

**Beneficiário:** 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	Saldo anterior
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 96.200,00
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
2560 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
Do Exercício	R\$ 95.400,00

**Outras informações:**

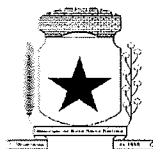
**Histórico:**

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 SAÚDE

Marco Antonio de Assis Nunes  
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA  
Contador - CRC: 046096

MICHELE SOARES DE JESUS  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

## CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº30/2020

PARA: Secretaria de Administração

DATA:27/02/20

**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

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

Nome

  
Assinatura

27 / 102 / 20  
Data

E 429/20  
 Pro 954/20  
 05/03/20



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BARBARA**

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Robaldo Silveira</u>	Cargo ou Função: <u>M. Saúde</u>
Orgão: <u>Unidade Administrativa</u>	Nº de Empenho: N° Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: / /	
Nº DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIARIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
05/03/2020	40,00			40,00
06/03/2020	40,00			40,00
09/03/2020	40,00			40,00
10/03/2020	40,00			40,00
11/03/2020	40,00			40,00
12/03/2020	40,00			40,00
TOTAL	240,00			R\$ 240,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ _____

Nome: <u>Robaldo Silveira</u>	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____
_____	_____	Assinatura do Tesoureiro

HISTÓRICO DO ITINERÁRIO

DATA	DESCRIÇÃO
05/03/2020	Viagem p/ Curitiba em família p/ pai H. da Silva e
06/03/2020	Viagem p/ Jacarezinho Hospital de São P. Manoel Souza
09/03/2020	Viagem p/ Hospital de São P. Manoel Souza
10/03/2020	Viagem p/ São Jerônimo do Suro: Hospital p/ médico
11/03/2020	Viagem p/ Hospital de São P. Manoel Souza
12/03/2020	Viagem p/ Jacarezinho, Hospital de São P. Manoel Souza

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

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

Funcionário: <u>Roberto Valente</u>	Cargo ou Função: <u>M. Saúde</u>
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
13/03/2020	40,00			40,00
16/03/2020	40,00			40,00
17/03/2020	40,00			40,00
18/03/2020	40,00			40,00
20/03/2020	40,00			40,00
23/03/2020	40,00			40,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$=240,00</b>			<b>R\$=240,00</b>
<b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b>				<b>RS</b>

Nome: <u>Roberto Valente</u> Assinatura do Funcionário _____/_____/____	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
13/03/2020	Viagem P/ Hemodiálise em Paraná Itaipava.
16/03/2020	Viagem P/ Hemodiálise em Paraná Itaipava.
17/03/2020	Viagem P/ Hemodiálise em Paraná Itaipava.
18/03/2020	Viagem P/ Hemodiálise em Paraná Itaipava.
20/03/2020	Viagem P/ Hemodiálise em Paraná Itaipava.
23/03/2020	Viagem P/ Hemodiálise em Paraná Itaipava.

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

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

Funcionário: <i>Roberto Gilbrato</i>	Cargo ou Função: <i>Motorista</i>
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
24/03/2020	40,00			40,00
25/03/2020	40,00			40,00
27/03/2020	40,00			40,00
30/03/2020	40,00			40,00
31/03/2020	40,00			40,00
01/03/2020	40,00			40,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$-240,00</b>			<b>R\$-240,00</b>
<b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b>				<b>RS</b>

Nome: <i>Roberto Gilbrato</i> Assinatura do Funcionário	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro
---	--	-----------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
24/03/2020	Viagem p/ 51ª Maruana Hospital Municipal, P.
25/03/2020	Viagem p/ Hemodiálise em Cornélio Procopio.
27/03/2020	Viagem p/ Hemodiálise em Cornélio Procopio.
30/03/2020	Viagem p/ Hemodiálise em Cornélio Procopio.
31/03/2020	Viagem p/ Rê Jandu Assau
01/03/2020	Viagem p/ Hemodiálise em Cornélio Procopio.

Observações:

PREFEITURA MUNICIPAL  
NOVA SANTA BARBARA



DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Função: Secretaria de Administração  
 Orgão: Secretaria de Administração  
 Unidade Administrativa: Secretaria de Administração  
 Nome de Emprego: Secretaria de Administração  
 Carga ou Função: Secretaria de Administração  
 Nº da Correspondência Interna: 1  
 DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: 1

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
02/03/2022	4.000			4.000
03/03/2022	40.00			40.00
TOTAL	44.000			44.000

Nome: Roberto de Jesus  
 Nome: Roberto de Jesus  
 Assinatura do Responsável: Roberto de Jesus  
 Assinatura do Tesoureiro: Roberto de Jesus

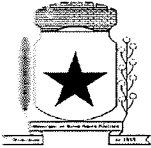
HISTÓRICO DO ITINERÁRIO

DATA	DESCRIÇÃO
02/03/2022	Despesas em função de deslocamento em função de trabalho
03/03/2022	Despesas em função de deslocamento em função de trabalho

Observações:

Rua Walter Guilherme da Costa nº 612, R (43.268.1222) CNPJ nº 06.961.000/0001-60 E-mail: pmnsb@onda.com.br  
 Nova Santa Barbara - Paraná





PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3797/2020**

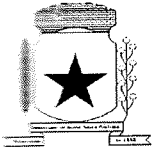
DESTINO:  
CORNELIO

DATA:  
05/03/2020

SAÍDA:  
09:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JOSE HERCULANO SILVA NETO	ECOCARDIO	NEUROCOR	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO		VAN DA HEMODIALISE		



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3801/2020**

DESTINO:  
JACAREZINHO

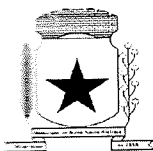
DATA:  
06/03/2020

SAÍDA:  
04:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
ANTONIO MARINS BARREIRO	RETORNO CIRURGICO	HOSPITAL DE OLHOS	
ACOMP			
MOTORISTA:	CLODOALDO		
VEICULO	SPIN PRETA		

**SENHOR MOTORISTA, ÇEVAR A HEMODIALISE COMO HABITUAL E SEGUIR PARA JACAREZINHO!**  
**GRATA!**



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3809/2018**

DESTINO:  
SÃO JERONIMO DA SERRA

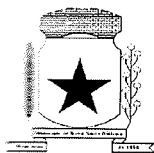
DATA:  
10/03/2020

SAÍDA:  
07:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	PALMIRA BRIZOLA DE LIMA		HUMANITAS	PEGAR NA CASA
2	ACOMP		HUMANITAS	
3	ANDREIA MARIA SARAIVA		HUMANITAS	
4	ADELINO PAULO VIEIRA	991770373	HUMANITAS	PEGAR NA CASA
5	SOLANGE AP. SUBTIL		HUMANITAS	
6	DORACINA BUENO DE PAULA		HUMANITAS	
7	GERALDO JOSE FREITAS		HUMANITAS	
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO:		AMBULANCIA		

**FAZER EM DUAS VIAGENS**



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3817/2020**

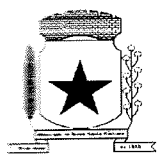
DESTINO:  
JACAREZINHO

DATA:  
12/03/2020

SAÍDA:  
04:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	BENEDITO DE SOUZA	CIRURGIA	HOSPITAL DE OLHOS	PEGAR NA CASA 984086860
2	ACOMP			ENDEREÇO: R. ISMAEL MODESTO DE PINHO 366
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 3834/2020**

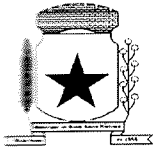
DESTINO:  
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:  
17/03/2020

SAÍDA:  
07:30H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LUIZ PAULO BRITO	DERMATO	HUMANITAS	
2	MARINA SILVA SANTOS	DERMATO	HUMANITAS	
3	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO:		AMBULANCIA		



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3857/2020**

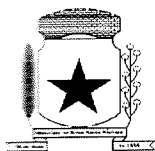
DESTINO:  
SANTA MARIANA

DATA:  
24/03/2020

SAÍDA:  
10:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	BEATRIZ FELIX	GESTANTE	SANTA MARIANA	
2	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO		VAN ADESIVADA		



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

## Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3858/2020**

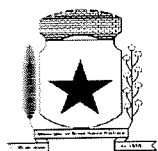
DESTINO:  
ASSAÍ

DATA:  
31/03/2020

SAÍDA:  
09:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	BUSCAR USG DE GESTANTES		BR+SAUDE	
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO:		VAN		



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3859/2020**

DESTINO:  
CORNELIO

DATA:  
02/04/2020

SAÍDA:  
07:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA APARECIDA SILVESTRE	CARDIO	NEUROCOR	PEGAR NA CASA
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO		VAN HEMODIALISE		





## Emissão de comprovantes

02588 - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
05/03/2020 - AUTOATENDIMENTO - 14.48.56  
2573982573 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE  
DOC ELETRONICO

CLIENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS  
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 17.915-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE  
DEBENTENTE : 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: 05/03/2020

=====

DOCUMENTO: 030503  
AUTENTICACAO SISBB: A.0F7.1B9.DEF.DB0.432

Transação efetuada com sucesso por: JB534388 MICHELE S JESUS.