



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°
1494	18/03/2019	1495	1207/2019	620/2019	

Licitação
Tipo Número

Sem licitação

Contrato/Aditivo
Seqüência Contrato 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 237 574 500300-8

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

00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 749850 - BB - SUS - Fundo Saúde - 031805 18/03/2019 R\$ 800,00

Recibo

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 620/2019.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tésoureira

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

Numero **1207/2019** Emitido em **07/03/2019** Requisição Nº _____ Empenho Nº **620/2019**

Licitação _____
 Tipo _____ Numero _____
 Sem licitação

Contrato/Aditivo _____
 Secundária 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 **574** Conta **500300-8**

Classificação da despesa _____
 08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho **R\$ 800,00**
 08.001 Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado **R\$ 800,00**
 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Saldo à Liquidar **R\$ 0,00**
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
 2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

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 _____
 DECLARAMOS QUE OS SERVIÇOS/OBRAS/MATERIAIS A QUE SE REFERE ESTA LIQUIDAÇÃO FORAM RECEBIDAS PELA ADMINISTRAÇÃO.


 Marco Antonio de Assis Nunes
 Emissor


 MICHELE SOARES DE JESUS

7498-5

Bladiso
 07/05/19
 01620300-0

Município de Nova Santa Bárbara - PR

CNPJ 95561050000160 IE
 Endereço Rua Wallfredo Bittencourt de Moraes, 222 - Centro CEP 86250000 Cidade Nova Santa Bárbara
 Fone (43) 3266-8100 Fax. Mesmo

NOTA DE EMPENHO

Numero **620/2019** Tipo **Ordinário** Emitido em **07/03/2019** Requisição Nº _____ Resq. Compra Nº _____

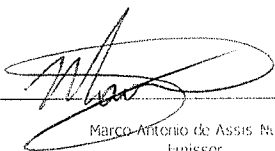
Licitação Tipo **Sem licitação** Número _____
 Contrato/Aditivo Sequência Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

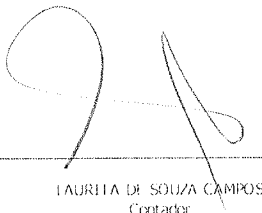
Credor Fornecedor **CLODOALDO SILVESTRE** Matrícula **728-5** CPF/CNPJ **737.682.199-68**
 Endereço **SMAEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA** Bairro **CENTRO**
 Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **32661389** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **574** Conta **500300-8**

Classificação da despesa
 08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior **R\$ 89.520,00**
 08.001 Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado **R\$ 800,00**
 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Saldo atual **R\$ 88.720,00**
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
 2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)
 Do Exercício

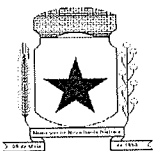
Outras informações

Histórico
 ESTA IMPORTANCIA QUE SE ENFERIA REFERE SE A SOLICITACAO DE DIARIA AO MOTORISTA CLODOALDO SILVESTRE, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTACAO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.


 Marco Antonio de Assis Nunes
 Emissor


 LAURILLA DE SOUZA CAMPOS
 Contador


 MICHELE SOARES DE JESUS



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº059/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 07/03/19

ASSUNTO: Solicitação de diária Motorista

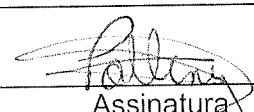
Mediante autorização desta Secretaria Municipal de Saúde Solicito empenho e pagamento de diária no valor de **R\$800,00 (oitocentos reais)**, para as despesas com alimentação do Motorista, **Clodoaldo Silvestre** haja vista que as viagens são realizadas fora do Município.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

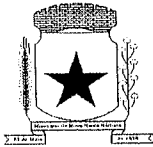
Atenciosamente,


Michele Soares de Jesus
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____
Nome


Assinatura

07 03 19
Data



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

OK E 620/19

PR 18/03

nº 1494

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Cláudio A. Ribeiro</i>	Cargo ou Função: <i>Motociclista</i>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: 620 Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

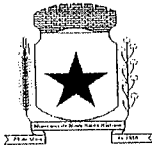
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>19/03/2019</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>18/03/2019</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>20/03/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>20/03/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>21/03/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>22/03/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL	<i>240,00</i>			<i>240,00</i>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				RS

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>19/03/19</i>	<i>Viagem p/ Caspary em Favelas Picozinho, P. Antônio P. Aguiar</i>
<i>18/03/19</i>	<i>Viagem p/ Hemodialise em Favelas Picozinho.</i>
<i>20/03/19</i>	<i>Viagem p/ Hemodialise em Favelas Picozinho.</i>
<i>20/03/19</i>	<i>Viagem p/ Favelas Picozinho, P. Santa Rosa, P. Indígena Kawoma, noite</i>
<i>21/03/19</i>	<i>Viagem p/ Sítio Marizal Hospital Sítio Alcega, P. Emílio A. de Almeida.</i>
<i>22/03/19</i>	<i>Viagem p/ Hemodialise em Favelas Picozinho.</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Cláudio Filastre</i>	Cargo ou Função: <i>Médico</i>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: 620 Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

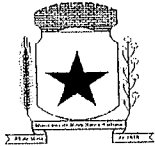
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
25/03/19	40,00			40,00
26/03/19	40,00			40,00
27/03/19	40,00			40,00
29/03/19	40,00			40,00
01/04/19	40,00			40,00
02/04/19	40,00			40,00
TOTAL	R\$ 240,00			R\$ - 240,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
25/03/19	Viagem p/ Hemodialise em Favelas Picozinho.
26/03/19	Viagem p/ João de Freitas em Favelas Proprietas p. pré ferreira
27/03/19	Viagem p/ Hemodialise em Favelas Picozinho.
29/03/19	Viagem p/ Hemodialise em Favelas Picozinho.
01/04/19	Viagem p/ Hemodialise em Favelas Picozinho.
02/04/19	Viagem p/ Humonitos em São Jerônimo Serra - Geraldo Freitas

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário:		Cargo ou Função:	
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		Nota de Empenho N°: 620	
Unidade Administrativa: <i>Cláudio Silvestre</i>		Solicitação N°: <i>Melousta</i>	
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>03/04/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>04/04/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>05/04/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>08/04/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>09/04/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>10/04/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL	R\$ 240,00			R\$ 240,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>03/04/19</i>	<i>Viagem p/ Hemodiálise em família Própria.</i>
<i>04/04/19</i>	<i>Viagem p/ família Própria. Assm. T. Ferolice A. Cecilio</i>
<i>05/04/19</i>	<i>Viagem p/ Hemodiálise em família Própria.</i>
<i>08/04/19</i>	<i>Viagem p/ Hemodiálise em família Própria.</i>
<i>09/04/19</i>	<i>Viagem p/ o I.C.L. de Londrina p/ Maria José Brito</i>
<i>10/04/19</i>	<i>Viagem p/ Hemodiálise em família Própria.</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Claudio Filipe</i>	Cargo ou Função: <i>620</i> <i>M. de Saúde</i>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nda de Empenho N°: <i>620</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>11/04/2019</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>12/04/2019</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>Claudio Filipe</i> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>11/04/19</i>	<i>Viagem ao Hospital referida em favor de Práximo P. Maria</i>
<i>12/04/19</i>	<i>Viagem ao Hemodiálise em favor de Práximo P.</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2589/2019

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
19/03/2019

SAÍDA:
10:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ARIANE (FARMACEUTICA)	PEGAR MEDICAMENTO	CISNOP	
2	ANTONIO PEREIRA AZEVEDO		CISNOP	SÓ VOLTA
3	ACOMP		CINSOP	SÓ VOLTA
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		VAN HEMODIALISE		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2639/2019

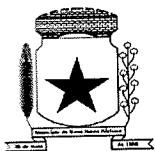
DESTINO:
CORNELIO

DATA:
20/03/2019

SAÍDA:
18:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
	INDIANARA KAWANA		SANTA CASA	
	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		VAN HEMODIALISE		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2601/2019

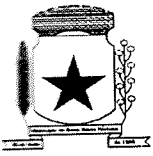
DESTINO:
CORNELIO/SANTA MARIANA

DATA:
21/03/2019

SAÍDA:
08:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	EMÍLIA A. DE ABREU		HOSPITAL SANTA ALICE	RIJA DA CASA DA SONINHA (NORA DA SONINHA)
2	ELIANE NOCKO (ENFERMEIRA)			PEGAR NA CASA
3	MARIA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS MATTO		JOAO LIMA - CORNELO	PEGARNA CASA (MÃE DA VIVIAN PROFESSORA)
4	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 2520/2019

DESTINO:
ARAPONGAS

DATA:
26/03/2019

SAÍDA:
15:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
JOSE FERREIRA		JOAO DE FREITAS	POSTO
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 2655/2018

DESTINO:
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:
02/04/2019

SAÍDA:
07:00

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Ordem	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	BENEDITO HIPOLITO		HUMANITAS	
2	DIRLENE MARTINS COELHO		HUMANITAS	
3	TEREZINHA P. S. SANTANA		HUMANITAS	
4	NIVALDO HENRIQUE BARBOSA		HUMANITAS	
5	JHONATAN FELIPE S. ZAGANSKI		HUMANITAS	
6	JOELMA APARECIDA CARVALHO		HUMANITAS	
7	GERALDO J. FREITAS		HUMANITAS	
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO:		VAN HEMODIALISE		

**SENHOR MOTORISTA, FAVOR VERIFICAR SE EXISTEM
PACIENTES NA RODOVIÁRIA!**



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2667/2019

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
04/04/2019

SAÍDA:
06:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	CAROLINI APARECIDA LEOCADIO	991101367	USG -CISNOP	PEGAR NA CASA
2	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 2686/2019

DESTINO:
LONDRINA

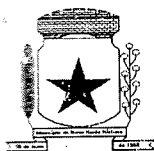
DATA:
09/04/2019

SAÍDA:
12:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA JOSE FEITRAS		ICL	PEGA NA CASA
2	ACOMP			
3	ARTHUR FELIPE MARTINS LIMA		DRA SAVANNA	
4	ACOMP			
5	APARECIDA DE LOURDES NOGUEIRA		LAB. OSVALD CRUZ - R. BORBA GATO 1181	POSTO
6	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 2700/2019

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
11/04/2019

SAÍDA:
06:00

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA		NEFRONOR	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			

MOTORISTA:	CLODOALDO
VEÍCULO:	SPIN AUTOMATICA

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL

18/03/2019 - AUTOATENDIMENTO - 11.10.35

2573902573 SEGUNDA VIA 0004

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: 18/03/2019

DOCUMENTO: 031805

AUTENTICACAO SISBB: A.C8C.12B.766.005.79C