



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°
1402	13/04/2020	1403	1269/2020	785/2020	

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 Matricula CPF/CNPJ
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
2560 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 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 041301 13/04/2020 R\$ 800,00

Recibo
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 785/2020.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____


KATIA GARDÊNIA DOS SANTOS
Tessoureira


MICHELE SOARES DE JESUS
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



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	Emitido em	Requisição N°	Empenho N°
1269/2020	01/04/2020		785/2020

Licitação
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
Sequência	Contrato							

Credor		Matricula	CPF/CNPJ
Fornecedor		728-5	737.682.199-68
CLODOALDO SILVESTRE			

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

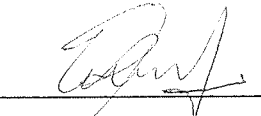
Classificação da despesa		Saldo do empenho
08 Secretaria Municipal de Saúde		R\$ 800,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde		
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde		Valor liquidado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		R\$ 800,00
2560 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		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

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.


EDIVANIA MARTINS DE LIMA
Emissor


MICHELE SOARES DE JESUS
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

17915-9

Bancário
aj 057-4
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 **785/2020** Tipo **Ordinário** Emitido em **01/04/2020** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

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 **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 Saldo anterior

08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 89.800,00

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\$ 89.000,00

Outras informações _____

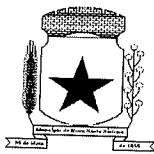
Histórico _____

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.


 EDIVANIA MARTINS DE LIMA
 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

Nº53/2020

PARA: Secretaria de Administração

DATA:01/04/20

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

Data

01 / 04 / 2020



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

E 785/20
21/04/20
72-1402

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Cláudio Silveira</i>	Cargo ou Função: <i>Motorista</i>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa: <i>Cláudio Silveira</i>	Nota de Empenho N°: <i>785/20</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>06/04/2020</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>07/04/2020</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>08/04/2020</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>13/04/2020</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>15/04/2020</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>16/04/2020</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL	<i>240,00</i>			<i>R\$ = 240,00</i>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				RS

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>06/04/2020</i>	<i>Viagem ?/ Hemodiálise em Conselho Praxopio</i>
<i>07/04/2020</i>	<i>Viagem ?/ 5ª Marinha Hospital Municipal ? Realiz. F. Souza</i>
<i>08/04/2020</i>	<i>Viagem ?/ Hemodiálise em Conselho Praxopio</i>
<i>13/04/2020</i>	<i>Viagem ?/ Hemodiálise em Conselho Praxopio</i>
<i>15/04/2020</i>	<i>Viagem ?/ Hemodiálise em Conselho Praxopio</i>
<i>16/04/2020</i>	<i>Viagem ?/ Conselho Praxopio - 18º Regional - F. Celso de Souza</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Cletoaldo Deliberto</u>	Cargo ou Função: <u>M. Divisão</u>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa: <u>/</u>	Nota de Empenho Nº: <u>785-100</u> Solicitação Nº: <u>/</u>
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ Nº DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

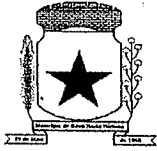
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
17/04/2020	40,00			40,00
20/04/2020	40,00			40,00
22/04/2020	40,00			40,00
24/04/2020	40,00			40,00
27/04/2020	40,00			40,00
29/04/2020	40,00			40,00
TOTAL	<u>240,00</u>			<u>240,00</u>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
17/04/2020	Viagem p/ Hemodiálise em Canelas Picozinho
20/04/2020	Viagem p/ Hemodiálise em Canelas Picozinho
22/04/2020	Viagem p/ Hemodiálise em Canelas Picozinho
24/04/2020	Viagem p/ Hemodiálise em Canelas Picozinho
27/04/2020	Viagem p/ Hemodiálise em Canelas Picozinho
29/04/2020	Viagem p/ Hemodiálise em Canelas Picozinho

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Cleonaldo Silveira</u>	Cargo ou Função: <u>Motivista</u>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa: _____	Nota de Empenho N°: <u>785/20</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
04/05/2020	40,00			40,00
05/05/2020	40,00			40,00
06/05/2020	40,00			40,00
07/05/2020	40,00			40,00
08/05/2020	40,00			40,00
11/05/2020	40,00			40,00
TOTAL	<u>240,00</u>			<u>240,00</u>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				RS

Nome: <u>Cleonaldo Silveira</u> Assinatura do Funcionário	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
04/05/2020	Viagem ?/ Hemodialise em Cornelio Procopio.
05/05/2020	Viagem ?/ Banho Procopio Ultramed. P. maria Opoua
06/05/2020	Viagem ?/ Hemodialise em Cornelio Procopio.
07/05/2020	Viagem ?/ São Jerônimo São Romão P. Paula Barral.
08/05/2020	Viagem ?/ Hemodialise em Cornelio Procopio.
11/05/2020	Viagem ?/ Hemodialise em Cornelio Procopio.

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Clodoaldo Silvestre</u>	Cargo ou Função: <u>Médico</u>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa: _____	Nota de Empenho N°: <u>785/20</u> Solicitação N° _____
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

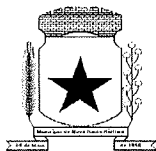
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
12/05/2020	40,00			40,00
13/05/2020	40,00			40,00
TOTAL	<u>80 = 80,00</u>			<u>80 = 80,00</u>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				RS

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
12/05/2020	Viagem ?/ Assai Climas, P. Maria A. Silva.
13/05/2020	Viagem ?/ Hemodialise em Cornelio Procopio.

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3869/2020

DESTINO:
CORNELIO

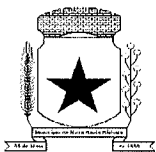
DATA:
07/04/2020

SAÍDA:
10:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	BEATRIZ FELIX	GESTANTE	HOSP. SANT ALICE	POSTO
2	ADRIANA RIBEIRO PIMENTEL	GESTANTE	HOSP. SANTA ALICE	POSTO

MOTORISTA:	CLOADOALDO
VEICULO	FIAT TORO



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3886/2020

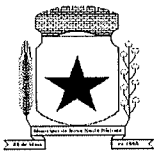
DESTINO:
CORNELIO

DATA:
16/04/2020

SAÍDA:
12:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LEVAR COLETA SANGUE COVID-19		18ª REGIONAL	
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 3918/2020

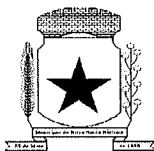
DESTINO:
CORNELIO/SANTA MARIANA

DATA:
05/05/2020

SAÍDA:
06:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ALEXANDRE DOS SANTOS	ORTESE E PROTESE	PREDIO VERDE	
2	MARIA YUKE OGAWA	USG+RX	ULTRAMED	
3	ADRIANA AP. RIBEIRO PIMENTEL		SANTA MARIANA	
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO		SPIN AUTOMATICA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3942/2020

DESTINO:
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:
07/05/2020

SAÍDA:
07:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	PAULA OLIVEIRA BARRAL	DERMATO	HUMANITAS	
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		AMBULANCIA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3943/2020

DESTINO:
ASSAÍ

DATA:
12/05/2020

SAÍDA:
13:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA APARECIDA SILVA	RX	CLIMAS	POSTO
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		SPIN PRETA		



Emissão de comprovantes

G333131401925547014
13/04/2020 14:05:12

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
13/04/2020 - AUTOATENDIMENTO - 14.05.13
2573902573 SEGUNDA VIA 0002

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: 13/04/2020

=====

DOCUMENTO: 041301
AUTENTICACAO SISBB: 1.E0D.84B.584.28E.A65