



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 **2481** Data **25/04/2019** Previsão Nº **2482** Liquidação Nº **2550/2019** Empenho Nº **1066/2019** Requisição 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 **DARCY MOREIRA BRANCO** Matrícula **868-1** CPF/CNPJ **796.155.549-87**

Endereço **ZACARIAS LEMES GONCALVES, 202 - CASA** Bairro **CENTRO**
 Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661142** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **574** Conta **500285-0**

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\$ 100,00**

Outras informações _____

Retenções _____

Total de retenções **R\$ 0,00**

Valor líquido **R\$ 100,00**

Recursos **00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)** Documento **Conta bancária 749850 - BB - SUS - Fundo Saúde - 04253** Data **25/04/2019** Valor **R\$ 100,00**


Recibo _____
 Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Cem Reais, referente ao pagamento do empenho número 1066/2019.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____



 KATIA GARDÊNIA DOS SANTOS
 Tesoureira



 MICHELE SOARES DE JESUS



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: **2550/2019** Emitido em: **15/04/2019** Requisição N°: _____ Empenho N°: **1066/2019**

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

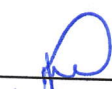
Procedimento: _____
 Fornecedor: **DARCY MOREIRA BRANCO** Matrícula: **868-1** CPF/CNPJ: **796.155.549-87**
 Endereço: **ZACARIAS LEMES GONCALVES, 202 - CASA** Bairro: **CENTRO**
 Cidade/UF: **Nova Santa Bárbara/PR** CEP: **86250-000** Fone: **4332661142** Tipo de conta bancária: **Conta Corrente** Banco: **237** Agência: **574** Conta: **500285-0**

Classificação da despesa: **08 Secretaria Municipal de Saúde**
 08.001 Fundo Municipal de Saúde Saldo do empenho: **R\$ 100,00**
 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado: **R\$ 100,00**
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Saldo a liquidar: **R\$ 0,00**
 2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Outras informações: _____
 Retenções: _____
 Total de retenções: **R\$ 0,00**
 Valor líquido: **R\$ 100,00**

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

2498-5

Brasão
 05/05/19
 01 620285-3



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 **1066/2019** Tipo **Ordinário** Entido em **15/04/2019** Requisição N° _____ Req. Compra N° _____

Licitação _____
 Tipo _____ 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 _____ Matrícula _____ CPF/CNPJ _____

DARCY MOREIRA BRANCO Matrícula **868-1** CPF/CNPJ **796.155.549-87**

Endereço **ZACARIAS LEMES GONCALVES, 202 - CASA** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661142** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **574** Conta **500285-0**

Classificação da despesa _____
 08 Secretaria Municipal de Saúde
 08.001 Fundo Municipal de Saúde Saldo anterior
R\$ 78.720,00
 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado
R\$ 100,00
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Saldo atual
R\$ 78.620,00
 2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)
 Do Exercício

Outras informações _____

Histórico _____
 ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA DARCY MOREIRA BRANCO, PARA CUSTEAR DESPESAS, EM VIAGEM A CIDADE DE CURITIBA-PR, NO DIA 17 DE ABRIL DE 2019, PARA LEVAR O PACIENTE JAMIL RAIMUNDO DOS SANTOS NO HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA (CURITIBA - PR) PARA REALIZAR AUDIOMETRIA. SAIDA DIA 17/04/2019 AS 11:00 HORAS E RETORNO NO MESMO DIA, O VEICULO UTILIZADO SERA A SPIN PLACA:BCN 6561.

Marco Antonio de Assis Nunes
 Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS
 Contador

MICHELE SOARES DE JESUS



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

E-1066

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº105/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA15/04/2019

ASSUNTO: Solicitação de diária

Mediante autorização desta Secretaria Municipal de Saúde solicito o empenho e pagamento de uma diária no **valor total de R\$100,00 (Cem Reais)**, para o Servidor **Darcy Moreira Branco** qual levará o paciente para realização de consulta .Informo que o Servidor sairá de Nova Santa Bárbara no dia **17/04/2019 às 11:00 horas** e retornando no mesmo dia.

Paciente: Jamil Raimundo dos Santos

Hospital: Hospital Cruz Vermelha -PR (Curitiba) SP

Especialidade: Audiometria /impedancio

Horario :17: 00 horas

Atenciosamente,


Michele Soares de Jesus

Secretária Municipal de Saúde

C- 2490
F- 8681

Recebido por: _____

Nome


Assinatura

15/04/19
Data

091 78 86 76 (Nena)

Saída
11:00h.



HCV - Comprovante de Agendamento

Paciente:		Convênio:		Categoria:	
Jamil Raimundo dos Santos		SUS		ENFERMARIA	
Agendamento	Data Agendamento	Status	Agenda	Item	
Serviço	20/12/18 09:00:00	Executada	Otorrinolaringologia	Otorrinolaringologia	
Avenida Vicente Machado 1243 - Batel		Telefone: (41) 3016 6622		(SUS) AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR	
Exame	17/04/19 17:00:00	Normal	Audiometria e Impedânciometria - SUS		
Enderço: Av. Vicente Machado, 1239 - Batel, Curitiba		Telefone: (41) 3016 6622			
Chegar com 30 minutos de antecedência.					
Serviço	30/05/19 14:30:00	Normal	Otorrinolaringologia	Otorrinolaringologia	
Avenida Vicente Machado 1243 - Batel		Telefone: (41) 3016 6622			

Realizamos agendamentos via 0800 001 1516 ou www.cruzvermelhapr.com.br (no menu ACESSO RÁPIDO, clique em AGENDAR CONSULTA)
WhatsApp das 07h00 às 19h00 de Segunda á Sábado para beneficiários SAS e Convênios (41) 98872-7386.

Obs.: Chegar com 30 minutos de antecedência, pois não há tolerância para atrasos. Trazer também um documento com foto.

Impresso em: 20/12/2018 09:20:33

Página 1/1

Sandra Mara Brandenburg

CATE01422



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2728/2019

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
17/04/2019

SAÍDA:
11:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JAMIL RAIMUNDO DOS SANTOS	AUDIOMETRIA/IMPEDÂNCIO METRIA	CRUZ VERMELHA BRASILEIRA	PEGAR NA CASA 991788676
2	ACOMP			
3	ELISA BERNARDO DUARTE	991715202	CARONA	POSTO SÓ VAI
4	TANIA MARA MATHIAS LINO		MARCAR CONSULTA PARA O FILHO	PEGA NA CASA
5	VALDINEIA GONCALVES	991108851		SÓ VAI
6	ANTONI EMANUEL (6 ANOS)			SÓ VAI
MOTORISTA:		DARCY		
VEICULO:		SPIN PRETA		



Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/04/2019 - AUTOATENDIMENTO - 11.34.27
2573902573 SEGUNDA VIA 0002

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: 620.285-3

FAVORECIDO: DARCY MOREIRA BRANCO
CPF/CNPJ: 796.155.549-87
VALOR: R\$ 100,00
DEBITO EM: 25/04/2019

=====

DOCUMENTO: 042503
AUTENTICACAO SISBB: 9.555.F10.01C.BE3.A99

Transação efetuada com sucesso por: JB517799 ERIC KONDO.