



Município de Nova Santa Bárbara - PR

CNPJ: 95561080000160 IE: CEP: 86250000 Cidade: Nova Santa Bárbara
 Endereço: Rua Walfredo Bittencourt de Moraes, 222 - Centro Fax: Mesmo
 Fone: (43) 3266-8100

NOTA DE PAGAMENTO

Número	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
3601	01/09/2020	3601	3073/2020	1769/2020	

Licitação _____ Número _____
 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	Matrícula	CPF/CNPJ
Fornecedor	2782-1	865.433.939-04
EDEZIO RODRIGUES DE PROENÇA		Bairro
Endereço		CENTRO
AV PEDRO FERREIRA DA COSTA, 1805 - CASA		Banco
Cidade/UF	CEP	Agência
São Jerônimo da Serra/PR	86270-000	748 717-0
	Fone	Conta
	4332671038	60342-2
	Tipo de conta bancária	
	Conta Corrente	

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%)	090102	01/09/2020	R\$ 800,00
Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303			

Recibo
 Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 1769/2020.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____


 KATIA GARDENIA DOS SANTOS
 Tesoureira


 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

Número **3073/2020** Emitido em **24/08/2020** Requisição Nº _____ Empenho Nº **1769/2020**

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 _____

EDEZIO RODRIGUES DE PROENÇA Matrícula **2782-1** CPF/CNPJ **865.433.939-04**

Endereço **AV PEDRO FERREIRA DA COSTA, 1805 - CASA** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **São Jerônimo da Serra/PR** CEP **86270-000** Fone **4332671038** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **60342-2**

Classificação da despesa _____

08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho

08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 800,00

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 EDEZIO RODRIGUES DE PROENÇA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.

Claudia Pereira da Silva
Emissor

MICHELE SOARES DE JESUS
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

17915-9



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	Tipo	Emitido em	Requisição N°	Req. Compra N°
1769/2020	Ordinário	24/08/2020		

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 EDEZIO RODRIGUES DE PROENÇA Matrícula 2782-1 CPF/CNPJ 865.433.939-04

Endereço AV PEDRO FERREIRA DA COSTA, 1805 - CASA Bairro CENTRO
Cidade/UF São Jerônimo da Serra/PR CEP 86270-000 Fone 4332671038 Tipo de conta bancária Conta Corrente Banco 748 Agência 717-0 Conta 60342-2

Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior R\$ 69.000,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado R\$ 800,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2560 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo atual R\$ 68.200,00
Do Exercício

Outras informações _____

Histórico _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA ÉDEZIO RODRIGUES DE PROENÇA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICÍPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.

Cláudia Pereira da Silva
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
Contador - CRC: 046096

MICHELE SOARES DE JESUS
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

7769
E 1269/2
109
01
PREFEITURA MUNICIPAL**NOVA SANTA BÁRBARA****CORRESPONDÊNCIA INTERNA**

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº186/2020

PARA: Secretaria de Administração

DATA:24/08/20

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, Edezio Rodrigues Proença 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:

Cláudio

Nome

Cláudio J. S.

Assinatura

24 / 08 / 20

Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 1769/20
Pg 01/09
nº 3601

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: ENEZIO R. PROENÇA	Cargo ou Função: MOTORISTA
Orgão: 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
28/08/2020	40,00			40,00
31/08/2020	40,00			40,00
01/09/2020	40,00			40,00
02/09/2020	40,00			40,00
03/09/2020	40,00			40,00
04/09/2020	40,00			40,00
TOTAL				40,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				RS 240,00

Nome: Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: Secretário	Nome: : Assinatura do Tesoureiro
--	-------------------------	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
28/08/2020	N.S.B P/ CORNELHO P JOAO LIMA HENAO APARECIDO AMARAL
31/08/2020	N.S.B P/ CORNELHO P JOAO LIMA HENAO JOSE HERCULANO
01/09/2020	N.S.B P/ CORNELHO P JOAO LIMA HENAO AROLD B BITTENCOURT
02/09/2020	N.S.B P/ CORNELHO P JOAO LIMA HENAO APARECIDO AMARAL
03/09/2020	N.S.B P/ CORNELHO P JOAO LIMA HENAO AROLD B BITTENCOURT
04/09/2020	N.S.B P/ CORNELHO P JOAO LIMA HENAO JOSE HERCULANO

Observações:





PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: EDEZIO R PROENÇA	Cargo ou Função: MOTORISTA
Orgão: 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
07/09/2020	40,00			40,00
08/09/2020	40,00			40,00
09/09/2020	40,00			40,00
10/09/2020	40,00			40,00
11/09/2020	40,00			40,00
14/09/2020	40,00			40,00
TOTAL				400,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 240,00

Nome:  Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome:  Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
07/09/2020	N. S B P / CORNELHO P JOÃO LIMA JOSÉ HERCULANO
08/09/2020	N. S B P / CORNELHO P JOÃO LIMA HENRIQUE AROLDI BITENCOURT
09/09/2020	N. S B P / CORNELHO P JOÃO LIMA APARECIDO AMARAL
10/09/2020	N. S B P / CORNELHO P R.º 4258 SELETTI UGE EMÍLIO CARVALHO
11/09/2020	N. S B P / CORNELHO P JOÃO LIMA HENRIQUE JOSÉ HERCULANO
14/09/2020	N. S B P / CORNELHO P JOÃO LIMA HENRIQUE APARECIDO AMARAL

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: EDEZIO R PROENÇA	Cargo ou Função: MOTORISTA
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
15/09/2020	40,00			40,00
16/09/2020	40,00			40,00
17/09/2020	40,00			40,00
18/09/2020	40,00			40,00
21/09/2020	40,00			40,00
22/09/2020	40,00			40,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 240,00

Nome: Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: Secretário	Nome: : Assinatura do Tesoureiro
--	-------------------------	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
15/09/2020	N.S.B P/ CORNELO P N: 4271 CLINOP EX BRUNO HENRIQUE
16/09/2020	N.S.B P/ CORNELO P JOÃO LIMA HEMOD APARECIDO AMAR
17/09/2020	N.S.B P/ LONDRINA N: 4278 CLINICA OSTEO PABLO V. CARMO
18/09/2020	N.S.B P/ CORNELO P/ JOÃO LIMA HEMOD JOSÉ HERCULAN
21/09/2020	N.S.B P/ CORNELO P/ JOÃO LIMA HEMOD APARECIDO AMAR
22/09/2020	N.S.B P/ CORNELO P/ JOÃO LIMA HEMOD AROLD O ATENCUT

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>EDÉZIO R. PROENÇA</i>	Cargo ou Função: <i>MOTRISTA</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
<i>24/09/2020</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>25/09/2020</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 80,00

Nome: <i>Edézio R. Proença</i> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: : Assinatura do Tesoureiro
--	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>24/09/2020</i>	<i>N.S.B.P. / SÃO JERÔNIMO N. 4305 DEMARCAÇÃO HUMANIAS NILZA PE</i>
<i>25/09/2020</i>	<i>N.S.B.P. / CORNELO P. / JOÃO LIMA HEMOD JOSÉ HERLUA</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 4258/2020

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
10/09/2020

SAÍDA:
06:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	EMILIO GALASSI	USG	SELETI	
2	MATEUS CASTRO	USG	SELETI	
3	ACOMP			
4	FERNANDO RODRIGUES	USG	SELETI	
5	DAYANE INOUE VICENTE	ALTO RISCO	REDE MAE	
6	SIDINEI VALERIO SANTOS		PROTESE	
MOTORISTA		EDEZIO		
VEICULO		VAN ADESIVADA		

**FAVOR, VOLTAR PARA A VIAGEM DAS 13:00H BUSCAR MEDICAMENTO (MARIA JOANA DA FARMÁCIA).
OBRIGADA**



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 4271/2020

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
15/09/2020

SAÍDA:
06:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	BRUNO HENRIQUE SANTINI	RX	CISNOP	
2	JOAO DELMIRO	ORTO	CISNOP	
3	VALDECI MATHIAS	ORTO	CISNOP	
4	CLAUDINEI SANTOS DIAS	ORTO	CISNOP	
5	CRISTINA AP. OLIVEIRA	TOMO	CISNOP	
6	MARILDA BORTOTTI	USG	SELETI	
7	MARIA IVONE	USG	SELETI	
8	CLEUZA SILVA	USG	SELETI	
9	SEBASTIAO MESSIAS	USG	SELETI	
10	ACOMP			
11	ERIKA BATISTA	USG	SELETI	
12	ORDALIA UMBELINO		CICLO VITAL	PEGAR NA CASA 32661638
MOTORISTA		EDEZIO		
VEICULO		VAN ADESIVADA		

Favor, passar na Neuroson EEG para fazer.



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 4278/2020

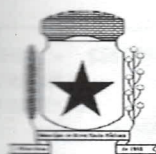
DESTINO:
LONDRINA

DATA:
17/09/2020

SAÍDA:
12:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	PABLO H. CARMO SINGULANI	CONSULTA GASTRO	CLINICA GASTRICA	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	ACOMP			
MOTORISTA		EDEZIO		
VEICULO		AMBULANCIA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 4305/2020

DESTINO:
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:
24/09/2020

SAÍDA:
08:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	PEDRO H. MARTINS LIMA	DERMATO	HUMANITAS	
2	ACOMP		HUMANITAS	
3	MARIA CLAUDETE BARBOSA	DERMATO	HUMANITAS	
4	MARINA SILVA SANTOS	DERMATO	HUMANITAS	
5	MARIA ALICE T. NOGUEIRA	DERMATO	HUMANITAS	
6	NILZA PERZYSBZ	DERMATO	HUMANITAS	
7	SIMONE DC DA SILVA BITTENCOURT	DERMATO	HUMANITAS	
8	DJANIRA SIQUEIRA DA SILVA	DERMATO	HUMANITAS	
MOTORISTA:		EDEZIO		
VEICULO:		SPIN AUTOMATICA		

**FAVOR, FAZER EM DUAS VIAGENS E VERIFICAR SE POSSUI PACIENTES NA RODOVIÁRIA!
GRATA!**

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/09/2020 - AUTOATENDIMENTO - 11.00.13
2573902573 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
REMETENTE : FMS NOVA ST BARBARA - FUS
BANCO: 748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0717-X - SICREDI CAMBARA
CONTA: 60.342-2

FAVORECIDO: EDEZIO RODRIGUES DE PROENCA
CPF/CNPJ: 865.433.939-04
VALOR: R\$ 800,00
DEBITO EM: 01/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090102
AUTENTICACAO SISBB: 6.D2D.EB2.D24.1C5.852