



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 Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
2	19/01/2021	2	4416/2020	2524/2020	

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 **IRANI RIBEIRO FRAGOSO** Matrícula **1985-2** CPF/CNPJ **708.946.479-20**
Endereço **RUA ISMAEL MODESTO DE PINHO, 281 - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661253** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **7171-5** Conta **49690-1**

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 **R\$ 800,00**

Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 800,00**

Recursos _____ Documento _____ Data _____ Valor _____
00000 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 011901 19/01/2021 R\$ 800,00


Recibo: _____
Recabi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 2524/2020.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____



KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tessoureira



ROSANA RUY DE SOUZA



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 **4416/2020** Emitido em **02/12/2020** Requisição N° _____ Empenho N° **2524/2020**

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

Creditor Fornecedor **IRANI RIBEIRO FRAGOSO** Matrícula **1985-2** CPF/CNPJ **708.946.479-20**

Endereço **RUA ISMAEL MODESTO DE PINHO, 281 - CASA** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661253** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **7171-5** Conta **49690-1**

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 A MOTORISTA IRANI RIBEIRO FRAGOSO, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.


 Claudia Pereira da Silva
 Emissor

 **17915-9**
 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 EMPENHO

Número: **2524/2020** Tipo: **Ordinário** Emitido em: **02/12/2020** Requisição Nº: _____ Req. Compra Nº: _____

Licitação: _____ Número: _____
 Tipo: _____
 Sem licitação

Contrato/Aditivo: _____
 Situação: _____ Contrato: _____ Aditivo: _____ Início da vigência: _____ Fim da vigência: _____ Fim da vig. atualizada: _____ Início da execução: _____ Fim da execução: _____ Fim da exe. atualizada: _____

Credor: _____
 Fornecedor: **IRANI RIBEIRO FRAGOSO** Matrícula: **1985-2** CPF/CNPJ: **708.946.479-20**

Endereço: **RUA ISMAEL MODESTO DE PINHO, 281 - CASA** Bairro: **CENTRO**

Cidade/UF: **Nova Santa Bárbara/PR** CEP: **86250-000** Fone: **4332661253** Tipo de conta bancária: **Conta Corrente** Banco: **748** Agência: **7171-5** Conta: **49690-1**

Classificação da despesa		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 53.000,00
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\$ 52.200,00

Outras informações: _____

Histórico: _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A MOTORISTA IRANI RIBEIRO FRAGOSO, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Claudia Pereira da Silva
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
Contador - CRC: 046096

MICHELE SOARES DE JESUS
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Recebido em: _____
 Valor: _____



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

e-2524

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº272/2020

PARA: Secretaria de Administração

DATA:02/12/20

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, Irani Fragoso haja vista que as viagens são realizadas fora do Município.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

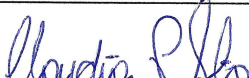
Atenciosamente,


Michele Soares de Jesus
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:



Nome



Assinatura

02/12/20

Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 2524/20
Pg 19/01/21

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Samir R. Frangoso</u>	Cargo ou Função: <u>MOTORISTA</u> <u>motorista</u>
Orgão: <u>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</u> Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
Dotação Orçamentária: Especificação: _____	
TOTAL DO RESSARCIMENTO: _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
07/01/2021	40,00		X	40,00
11/01/2021	40,00		X	40,00
13/01/2021	40,00		X	40,00
29/01/2021	40,00		X	40,00
01/02/2021	40,00		X	40,00
02/02/2021	40,00		X	40,00
03/02/2021	40,00		X	40,00
04/02/2021	40,00		X	40,00
TOTAL				320,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				320,00

Nome: <u>Samir R. Frangoso</u> Assinatura do Funcionário	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
07/01/2021	Viagem realizada por Cornélio Frangoso para...
11/01/2021	viagem realizada para Londrina SCh.
13/01/2021	Viagem realizada para Santa Mariana Hospital
29/01/2021	Viagem realizada para Londrina Ultramed
01/02/2021	Viagem realizada por Cornélio Frangoso para...
02/02/2021	Viagem realizada para Santa Mariana Hospital
03/02/2021	viagem realizada para Londrina HC.
04/02/2021	viagem realizada para São Francisco



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Sami R. Soares</u>	Cargo ou Função: <u>MOTORISTA</u> <u>motorista</u>
Órgão: <u>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</u> Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
Dotação Orçamentária: Especificação: _____	
TOTAL DO RESSARCIMENTO: _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
05-02-2021	40,00		X	40,00
08-02-2021	40,00		X	40,00
09-02-2021	40,00		X	40,00
10-02-2021	40,00		X	40,00
11-02-2021	40,00		X	40,00
12-02-2021	40,00		X	40,00
15-02-2021	40,00		X	40,00
16-02-2021	40,00		X	40,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				<u>320,00</u>

Nome: <u>Sami R. Soares</u> Assinatura do Funcionário	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
05-02-2021	Viagem realizada para Assai Br Saúde
08-02-2021	Viagem realizada para Comitê Caps
09-02-2021	Viagem realizada para Comitê Procrio Unesp
10-02-2021	Viagem realizada para Comitê Procrio Unesp
11-02-2021	Viagem realizada para Comitê Procrio Santa Casa
12-02-2021	Viagem realizada para Comitê Procrio Unesp
15-02-2021	Viagem realizada para Comitê Procrio Unesp
16-02-2021	Viagem realizada para Unidade SCL



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Jani Roberto Fragozo</u>	Cargo ou Função: <u>motorista</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
17/02/2021	40,00		x	40,00
18/02/2021	40,00		x	40,00
19/02/2021	40,00		x	40,00
22/02/2021	40,00		x	40,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 160,00

Nome: <u>Jani R. Fragozo</u> Assinatura do Funcionário _____/_____/_____	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
17/02/2021	Viagem realizada para Santa Mariana Hospital
18/02/2021	Viagem realizada para São Jerônimo Hospital
19/02/2021	Viagem realizada para Londrina HC
22/02/2021	Viagem realizada para Londrina Ultrasonic

Observações:

REALIZADO EM _____



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 008/2021

DESTINO:
CORNELIO PROCOPIO

DATA:
07/01/2021

SAÍDA:
06:30

RESPONSÁVEL:
ROSANA RUY

Ordem	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	THAYNA SILVA ACYOLE	OFTALMO	CISNOP	
2	ACOMP- ROSILDA			
3	ANA CLARA P DOS SANTOS	OFTALMO	CISNOP	
4	ACOMP. PATRICIA		CISNOP	
5	ROSENEIA SOUZA BARRAL	OFTALMO		
6	PATRICIA AMANDA SILVA	OFTALMO	CISNOP	
7	EMMAUELY SANTANA	DERMA	CISNOP	
8	ACOMP.		CISNOP	
9	MATHEUS HENRIQUE	DERMA	CISNOP	
10	ACOMP	DERMA	CISNOP	
11	JOSE MARIA BIÃO	ELETRO	NEUROCOR	
12	ROSILEIA DE SOUZA	ELETRO	NEUROCOR	
13	EVA LURDES RIBEIRO	COLIRIO	HOSP OLHOS	
14	ALEX F RODRIGUES	CAPS	CAPS	
15	ELSA APARECIDA PIMENTEL		HOSP OLHOS	
CONDUTORISTA		IRANI		
VEICULO		VAN		

PEGAR EXAMES: USG CLINICA SELETI
JAMILLY RODRIGUES DOS SANTOS
ADRIANA SANTOS

REALIZADO DIA 15-12-2020



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 011/2021

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
11/01/2021

SAIDA:
05:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	TONHÃO / ANTONIO LINS <i>e</i>	ICL		PEGAR NA CASA
2	MADALENA F. MAINARDES <i>e</i>	HC		
3	PLINIO FEEREIRA <i>e</i>	ICL		
4	ACOMP <i>e</i>			
5	NELCY EGIDIO DE PAULA <i>r</i>	HC	PEGAR NA CASA	
6	ACOMP			
7	GILMARI GARMATE <i>*</i>			
8	VANEZA F. BIECO <i>e</i>	HOFTALON		
9	ACOMP <i>e</i>			
10	JOÃO LEANDRO DE SOUZA	RUA: MICHIGAN 510	QUEBEC	VAI ESPERAR NO POSTO
11	<i>Sara</i>	<i>e</i>		
12	<i>acomp</i>	<i>e</i>		
13				
MOTORISTA	IRANI			
VEICULO	VAN			



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 20/2021


DESTINO:
SANTA MARIANA

DATA:
13/01/2021

SAÍDA:
07:00

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LUCIANA RIBEIRO	CONSULTA OBSTETRICA		PECAR NA CASA
2	Acomp			
3				

MOTORISTA	<i>Sani</i> 
VEICULO	SAVERO ROBUST



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 088/2021

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
29/01/2021

SAÍDA:
09:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	Miris Machado	ICL	13:00	PEGAR NA CASA
2	Edimara rosa gobbo	ULTRAMED	11:30	PEGAR NA CASA
3	Nelci Egidio de Paula	ULTRAMED	14:00	991736950
4	PEGAR NA CASA			
5	Clivio	ICL	Volta	9914345
6	Paula			
MOTORISTA	IRANI			
VEICULO	SPIN Preta			

996 77 3049



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 098/2021

DESTINO:
CORNELIO PROCOPIO

DATA:
01/02/2021

SAÍDA:
06:30

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	APARECIDO DE OLIVEIRA	CAPS	VAI ESPERAR BELA AGRICOLA	
2	JOAQUIM DE OLIVEIRA	HOSPITAL DE OLHO		
3	ACOMP			
4	ROSA MARIA FERREIRA DOS SANTOS	INSS		
5	ACOMP			
6	QUIELCE CRISTIANE PIMENTEL	CAPS	PEGAR NA CASA	
7	ACOMP			
8	LUIZ ANTONIO BERT	PISICUIATRIA		
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
MOTORISTA		IRANI		
VEICULO		VAN		

*Javer Ver Biópsia Dorci Tescnis este pronto
Laboratório comop*



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 105/2021

DESTINO:
SANTA MARIANA

DATA
02/02/2021

SAÍDA:
06:30

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	FABIANO PROENÇA GONÇALVES	SANTA MARIANA		
2	JOAO DA SILVA RODRIGUES			
3	ELIZELIA GONÇALVES			
4	VALTER BUENO GABRIEL			
5	ACOMP			
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
MOTORISTA		IRANI		
VEICULO		SPIM PRETA		

pegar na casa Vila Rural



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 108/2021

DESTINO:
LONDRINA+ ~~APRONCAS~~

DATA:
03/02/2021

SAÍDA:
05:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	INÁ DA MOTTA	HC	PEGAR NA CASA	
2	ACOMP			
MOTORISTA		IRANI		
VEICULO		SPIN PRETA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 108/2021

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
03/02/2021

SAÍDA:
08:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	BENEDITA MARIA FURTOSO	RUA: ANTONIO MARIA CLARETT	PEGAR NA CASA	
2	ACOMP			
MOTORISTA		IRANI		
VEICULO		SPIN PRETA		