



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
1	19/01/2021	1	4829/2020	2787/2020	

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 **JOSE WILSON DA SILVA** Matrícula **3057-1** CPF/CNPJ **365.263.989-87**
Endereço **RUA ARMANDO RUY, 0** Bairro **ALTO DA BOA VISTA**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620655-7**

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	011902	19/01/2021	R\$ 800,00

Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 2787/2020.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____



KATIA GARDENA DOS SANTOS
Tesoureira



ROSANA RUY DE SOUZA



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 **4829/2020** Emitido em **23/12/2020** Requisição Nº _____ Empenho Nº **2787/2020**

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. atual _____

Credor _____
 Fornecedor **JOSE WILSON DA SILVA** Matrícula **3057-1** CPF/CNPJ **365.263.989-87**
 Endereço **RUA ARMANDO RUY, 0** Bairro **ALTO DA BOA VISTA**
 Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620655-7**

Classificação da despesa _____
 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
 2560 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Outras informações _____

Retenções _____
 Total de re _____
 Valor _____
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 JOSE WILSON DA SILVA, 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



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 **2787/2020** Tipo Ordinário Emitido em 23/12/2020 Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

Licitação _____ Número _____
Tipo _____
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

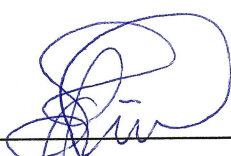
Credor _____
Fornecedor **JOSE WILSON DA SILVA** Matrícula 3057-1 CPF/CNPJ 365.263.989-87
Endereço RUA ARMANDO RUY, 0 Bairro ALTO DA BOA VISTA
Cidade/UF Nova Santa Bárbara/PR CEP 86250-000 Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 237 57-4 620655-7

Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior R\$ 48.200,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado **R\$ 800,00**
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Saldo atual R\$ 47.400,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2560 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 JOSE WILSON DA SILVA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICÍPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.



Claudia Pereira da Silva
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

Nº281

PARA: Secretaria de Administração

DATA:23/12/20

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, Jose Wilson da Silva vista que as viagens são realizadas fora do Município.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado haja relatório de despesas.

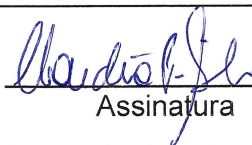
Atenciosamente,


Michele Spares de Jesus
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:



Nome



Assinatura



Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 2784
18/19/017
no

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Jose Wilson da Silva</u>	Cargo ou Função: <u>MOTORISTA</u>
Órgão: <u>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</u>	Nota de Empenho N°:
Unidade Administrativa:	Solicitação N°
Dotação Orçamentária:	
Especificação:	
TOTAL DO RESSARCIMENTO:	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
08/01/2021	40,00			40,00
11/01/2021	40,00			40,00
12/01/2021	40,00			40,00
13/01/2021	40,00			40,00
14/01/2021	40,00			40,00
15/01/2021	40,00			40,00
18/01/2021	40,00			40,00
19/01/2021	40,00			40,00
TOTAL	320,00			320,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				320,00

Nome: <u>Jose Wilson da Silva</u> Assinatura do Funcionário	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
08/01/2021	NS.B.P. Londrina NEURO 013 GELCIA Bezerra
11/01/2021	NS.B.P. Cornélio HOSPITAL de olho 014 Edite Ferreira
12/01/2021	NS.B.P. Cornélio RX 018 Elenice dos Santos Lima
13/01/2021	NS.B.P. Londrina Fisioterapia 24 Arthur Felipe martins
14/01/2021	NS.B.P. Londrina ICL 030 Maria Ogawa
15/01/2021	NS.B.P. ASSAI BR 031 LUANY Lorelaym B. Nogueira
18/01/2021	NS.B.P. Cornélio Covidi 034 Levar
19/01/2021	NS.B.P. Cornélio Gastro 042 Maria Clementina Elias



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

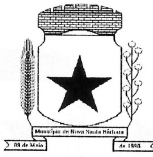
Funcionário: <u>Jose Wilson da Silva</u>	Cargo ou Função: <u>MOTORISTA</u>
Órgão: <u>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</u>	Nota de Empenho N°:
Unidade Administrativa:	Solicitação N°
Dotação Orçamentária:	
Especificação:	
TOTAL DO RESSARCIMENTO:	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
20/01/2021	40,00			40,00
21/01/2021	40,00			40,00
22/01/2021	40,00			40,00
25/01/2021	40,00			40,00
26/01/2021	40,00			40,00
27/01/2021	40,00			40,00
28/01/2021	40,00			40,00
29/01/2021	40,00			40,00
TOTAL	320,00			320,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				320,00

Nome: <u>Jose Wilson da Silva</u> Assinatura do Funcionário	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
20/01/2021	N.S.B.P. Cornélio Peres 048 Ceni Fautino
21/01/2021	N.S.B.P. Cornélio Peres 052 HELTON DE SOUZA
22/01/2021	N.S.B.P. ASSAI BR 062 Maria de Lourde Silva go
25/01/2021	N.S.B.P. Cornélio cop.s 067 Zuelcé Cristina Pmintel
26/01/2021	N.S.B.P. Cornélio Edescepis-075 Nicole AR Ribeiro
27/01/2021	N.S.B.P. Londrina OFTALMO 077 Adre Paulo da Silva
28/01/2021	N.S.B.P. Londrina HV 081 Aparecida Fernanda da Silva
29/01/2021	NSBP ASSAI BR 091 mario ^{Assinatura} Cristina da Silva



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Jose Wilson da Silva</u>	Cargo ou Função: <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
02/02/2021	40,00			40,00
04/02/2021	40,00			40,00
06/02/2021	40,00			40,00
08/02/2021	40,00			40,00
	160,00			160,00
TOTAL	160,00			160,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				160,00

Nome: <u>Jose Wilson da Silva</u> Assinatura do Funcionário _____/_____/_____	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
02/02/2021	NSBP. Cornélio Cismop. 103 Suzeli Rodrigues da Silva
04/02/2021	NSBP. Londrina OFTALOM 114 Josino Vicente
06/02/2021	NSBP. Londrina OFTALOM Eudis Lima
08/02/2021	NSBP. Cornélio Lomay Cornélio



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

DECLARAÇÃO

Declaramos através desta, que o “apelido” de Pisiti mencionado nas listas de viagens refere ao motorista José Wilson da Silva.

Nova Santa Bárbara, 16 de Fevereiro de 2021.

Sara Medeiro C. Bittencourt

Responsáveis pelo Agendamento

Valéria da Silva Freitas



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 013/2021

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
08/01/2021

SAÍDA:
14:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	GELCIRA BEZERRA	NEURO		PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA		PISITI		
VEICULO		SPIN AUTOMATICA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE -- SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 014/2021

DESTINO:
CORNELIO PROCOPIO

DATA:
11/01/2021

SAÍDA:
06:30

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	EDITE FERREIRA	HOSPITAL DE OLHOS	PEGAR NA CASA	
2	ACOMP			
3	EVA DE LOURDES RIBEIRO	HOSPITAL DE OLHOS	PEGAR NA CASA	R: ISMAEL MODES DE PINHO, 201
MOTORISTA		PISITI		
VEICULO		SPIN		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 018/2021

DESTINO:
CORNELIO PROCOPIO

DATA:
12/01/2021

SAÍDA:
11:30

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ELENICE DOS SANTOS LIMA	RX	PEGAR NA CASA	
2	ACOMP			
MOTORISTA		PISITI		
VEICULO		SPIN		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

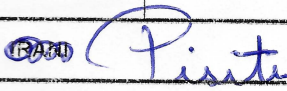
TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 24/2021

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
13/01/2021

SAÍDA:
11:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	Arthur Felipe Martins de lima	fisioterapia		
2	acomp			
3	Sidney Valério	evangélica	PEGAR NA CASA DONA MARINA	
4	acomp			
5	Iná da mota Afonso	HC	PEGAR NA CASA	
6	ACOMP			
MOTORISTA				
VEICULO		SPIN PRATA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 030 /2021

Slepore +

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
14/01/2021

SAÍDA:
12:00 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA OGAWA	ICL	PEGAR NA CASA	
2	ACOMP			
MOTORISTA		PISITI		
VEICULO		SPIN		

3. *for many Branco - Slepore - vai esperar no Pa*
4. *for Sheila*



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

LISTA DE PASSAGEIROS 031/2021

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs
01	Luany lorelayne B noqueira	USC	BR	
02	acomp			
03	Alexandre Brizola leite	USG	BR	
04	acomp			
05	Luciana ribeiro	USG	BR	
06	acomp			
07	Maria madalena da silva	USG	BR	

MOTORISTA	pisiti
VEICULO	Van

Marcia apavido da silva USG BR



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 034/2021

DESTINO:
CORNELIO PROCOPIO

DATA:
18/01/2021

SAÍDA:
13:00

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LEVAR COVID			
2				
MOTORISTA		PISITI		
VEICULO		SPIN		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 042/2021

DESTINO:
CORNELIO PROCOPIO

DATA:
19/01/2021

SAÍDA:
06:30

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA CLEONICE ELIAS	GASTRO + PSIQUIATRIA	CISNOP	
2	ACOMP			
3	X KELSI CRISTINA	CAPS		
4	ACOMP			
5	X EVERTON NOGUEIRA	RX	PEGAR NA CASA	FILHO DO JORGE PEDRO INDIO
MOTORISTA		R: Luiz Valerio Jentes, 278		
VEICULO		van		

PEGAR EXAME TOMOGRAFIA:
ANDRE PAULO DA SILVA
CISNOP