



# 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

**031/2022** Emitido em **27/07/2022** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Empenho Nº **2247/2022**

Objeto: **Com licitação** Número: \_\_\_\_\_  
Contrato/Aditivo: \_\_\_\_\_  
Assistência Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Beneficiário: **LENILDO VICENTE DA COSTA** Matrícula: **1695-1** CPF/CNPJ: **769.280.049-91**  
Endereço: **ROSA ANTONIO JOAQUIM RODRIGUES, 304 - CASA** Bairro: **CENTRO**  
Cidade: **Nova Santa Bárbara/PR** CEP: **86250-000** Fone: **4332661221** Tipo de conta bancária Banco Agência Conta  
**Conta Poupança 748 717-0 3235-0**

Classificação da despesa		Saldo do empenho
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 800,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	
08.001.0330.2024	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor liquidado
08.001.0330.2024	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	<b>R\$ 800,00</b>
08.001.0330.2024.002	SERVIDORES COMISSONADOS	
08.001.0330.2024.002.003	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo à Liquidar
08.001.0330.2024.002.003	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	R\$ 0,00

Outras informações: \_\_\_\_\_  
Retenções: \_\_\_\_\_  
Total de retenções: R\$ 0,00  
Valor líquido: **R\$ 800,00**

Autorizador que autorizou a liquidação: **ROSANA RUY DE SOUZA**

Observações: **DE IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO CHEFE DA DIVISÃO DE TRANSPORTES DA SAÚDE LENILDO VICENTE DA COSTA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, PARA SUPRIR A PRESENCIA DE MOTORISTAS NAS VIAGENS EMERGENCIAIS E EVENTUAIS FORA DO MUNICÍPIO, A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.**

  
EDIVANIA MARTINS DE LIMA  
Emissor

  
ROSANA RUY DE SOUZA

179159



# 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

**2022** Tipo Ordinário Emitido em 27/07/2022 Requisição Nº Req. Compra Nº

Número

Aditivo Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

LENILDO VICENTE DA COSTA Matrícula 1695-1 CPF/CNPJ 769.280.049-91

ANTONIO JOAQUIM RODRIGUES, 304 - CASA BARRIO CENTRO

CEP 86250-000 Fone 4332661221 Tipo de conta bancária Banco Agência Conta  
Nova Santa Bárbara/PR Conta Poupança 748 717-0 3235-0

Classificação da despesa		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 44.380,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	
08.001.0330.2024	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
33.90.14.14.02	SERVIDORES COMISSIONADOS	R\$ 800,00
00303	Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
	Do Exercício	R\$ 43.580,00

Outras informações

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO CHEFE DA DIVISÃO DE TRANSPORTES DA SAÚDE LENILDO VICENTE DA COSTA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, PARA SUPRIR A AUSENCIA DE MOTORISTAS NAS VIAGENS EMERGENCIAIS E EVENTUAIS FORA DO MUNICIPIO, A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.

DIVIANA MARTINS DE LIMA  
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA  
Contador - CRC: 046096

ROSANA RUY DE SOUZA

Rua Walfredo Bittencourt de Moraes  
Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

## CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 240/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 27/07/22

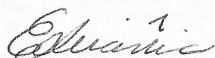
ASSUNTO: Solicitação de Diária Motorista

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 Chefe da Divisão de Transportes da Saúde, **Lenildo Vicente da Costa**, para suprir a ausência de motoristas nas viagens emergenciais e eventuais realizadas fora do Município.

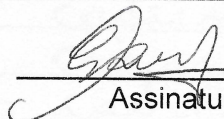
Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

  
Rosana Ruy de Souza  
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:



Nome



Assinatura

27,07,22

Data

2710  
1695-1  
1508  
2247



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**NOVA SANTA BÁRBARA**  
ESTADO DO PARANÁ

E 2247/22  
R 08/01  
m 3963.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Benedito Vicente da Costa</i>	Cargo ou Função:
Órgão: Secretaria Municipal de Saúde Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: ____/____/____ NUMERO DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: _____	

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
✓ 02.08.22	40,00			40,00
✓ 04.08.22	40,00			40,00
✓ 06.08.22	40,00			40,00
✓ 08.08.22	40,00			40,00
✓ 10+11.08.22	200,00			200,00
✓ 12.08.22	40,00			40,00
✓ 14.08.22	40,00			40,00
✓ 15.08.22	40,00			40,00
✓ 16.08.22	40,00			40,00
✓ 18.08.22	40,00			40,00
✓ 20.08.22	40,00			40,00
✓ 22.08.22	40,00			40,00
<b>TOTAL</b>				<b>40,00</b>
<b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b>				<b>660,00</b>

RESUMO DAS DESPESAS

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
2-3.8.22	campo largo, 40,00 reais restantes da relatoria anterior <span style="float: right;">1098.2022</span>
04.8.22	Bonduina <span style="float: right;">1113.2022</span>
06.8.22	Assoni <span style="float: right;">1118.2022</span>
8.08.22	Bonduina <span style="float: right;">1130.2022</span>
10.11.8.22	curitiba <span style="float: right;">1146.2022</span>
12.8.22	Bonduina
14.8.22	Carmelina Caderno
15.8.22	Carmelina Caderno
16.8.22	Carmelina Caderno
18.8.22	Carmelina <span style="float: right;">1178.2022</span>
20.8.22	Carmelina <span style="float: right;">1188.2022</span>
22.8.22	Bonduina <span style="float: right;">1191.2022</span>



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**NOVA SANTA BÁRBARA**  
 ESTADO DO PARANÁ

**DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO**

Funcionário: <i>Benilda Vicente da Costa</i>	Cargo ou Função:
Órgão: Secretaria Municipal de Saúde Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: ____/____/____ NUMERO DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: _____	

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
24.08.22	400,00			400,00
25.26.22	100,00			100,00
<b>TOTAL</b>				<b>140,00</b>
<b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b>				

**RESUMO DAS DESPESAS**

Nome: <i>Benilda</i>	Nome: <i>[Signature]</i>	Nome:
Assinatura do Funcionário	Secretário	Assinatura do Tesoureiro

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
24.08.2022	congelio
25.26.2022	custos
	100,00 - ficou para o próximo relatório
	12.11.2022
	12.13.20.22



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**  
Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1081/2022**

DESTINO:  
CAMPO - LARGO

DATA:  
02-08-22,03-08-22

SAÍDA:  
13:00HR

RESPONSÁVEL:  
valeria

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LUIZ GABRIEL INACIO REZENDE	OTORRINO	WALDEMAR MONANSTIER	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA		LEONILDO		
VEICULO		KWIDI		

40,00 - ficou para o próximo relatório



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

## TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 1098/2022

DESTINO:  
LONDRINA

DATA:  
04/08/2022

SAÍDA:  
05:30 HR

RESPONSÁVEL:  
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	NICOLE MARIANE SUTIL OK	HC	PEGAR NO CELINHO	
2	ACOMP OK			
3	VALDETE ALVES O. RIBEIRO OK	CARDIO	ARAPONGAS	
4	ACOMP			
5	VILMA AGNELO SILVEIRA	ICL		PEGAR NA CASA
6	ACOMP			
7	FABIANE R. NUNES OK	HC		
8	TATIANE FELIX	USG	ULTRA CLIN	
9	ACOMP			
10	MARIA SILVA SANTOS OK	OFTALMO	HOSP DE OLHOS	
11	ACOMP OK			
12	EVA APARECIDA SANTANA OK	CARDIO	ARAPONGAS	PEGAR NO SITIO
13	ACOMP OK			
14	ISRAEL MOREIRA BRANCO	CARDIO	ARAPONGAS	
15	PAULO SAMPAIO SANTOS	CARDIO	ARAPONGAS	PEGAR NA CASA
16	*****	*****	*****	*****

MOTORISTA	LEONILDO
VEICULO	VAN 15

**NÃO PEGAR A VAN DE 20 LUGARES!!!**



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

## TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1113/2022

DESTINO:  
ASSAI

DATA:  
06/08/2022

SAÍDA:  
06:30 HR

RESPONSÁVEL:  
VALERIA

Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
DANIELLA SILVEIRA MARQUES	USG	CLIMAS	
ACOMP			
CONDUTORISTA	LEONILDO		
VEICULO	KWIDI		

Hilda dos Anjos -  
Anjos

*Jpin /*

USG - climas

Pegar na casa da  
Unidade de saúde





PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 1118/2022**

DESTINO:  
LONDRINA

DATA:  
08/08/2022

SAÍDA:  
~~06:00~~ HR  
06:30

RESPONSÁVEL:  
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA LUIZA ZAGANSKI	HC	PEGAR NA VILA RURAL	
2	ACOMP			
MOTORISTA		LEONILDO		
VEICULO		KWIDI		



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1130/2022**

DESTINO: CURITIBA

DATA:  
10-08-22, 11-08-22

SAÍDA:  
13:00HR

RESPONSÁVEL:  
valeria

Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
IZAURA FERREIRA DA CRUZ	ORTOPEDIA	HOSP DO TRABALHADOR	PEGAR NA CASA
EDITE FERREIRA			PEGAR NA CASA
VALDINEIA GONÇALVES			PEGAR NA CASA
ACOMP			
ANTONIO VICTOR			PEGAR NA CASA
CONDUTORISTA	LEONILDO		
VEICULO	VAN BRANCA		