



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 N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
2950	02/05/2019	2962	2655/2019	1113/2019	

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: ROGERIO BATISTA DOS SANTOS Matrícula: 3800-8 CPF/CNPJ: 040.157.949-23
Endereço: VEREADOR PEDRO BEATRIZ, 81 - CASA Bairro:

Cidade/UF: São Jerônimo da Serra/PR CEP: 86270-000 Fone: Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 237 Agência: 57-4 Conta: 621537-8

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

Referências
Total de referências: 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 - 050201 Data: 02/05/2019 Valor: R\$ 100,00

Recibo: Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Cem Reais, referente ao pagamento do empenho número 1113/2019.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____



KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tessoureira



MICHELE SOARES DE JESUS



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 **2655/2019** Emitido em **22/04/2019** Requisição Nº _____ Empenho Nº **1113/2019**

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 **ROGERIO BATISTA DOS SANTOS** 3800-8 040.157.949-23
 Endereço _____ Bairro _____
 VEREADOR PEDRO BEATRIZ, 81 - CASA
 Cidade/UF _____ CEP _____ Fone _____ Tipo de conta bancária _____ Banco _____ Agência _____ Conta _____
 São Jerônimo da Serra/PR 86270-000 Conta Corrente 237 57-4 501537-5


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

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

7498-5

Beudero
 aug 057-4
 01 621537-8



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	Tipo	Emitido em	Requisição Nº	Req. Compra Nº
1113/2019	Ordinário	22/04/2019		

Licitação	Número							
Tipo								
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

Provedor	Matrícula	CPF/CNPJ				
ROGERIO BATISTA DOS SANTOS	3800-8	040.157.949-23				
Endereço	Bairro					
VEREADOR PEDRO BEATRIZ, 81 - CASA						
Cidade/UF	CEP	Fone	Tipo de conta bancária	Banco	Agência	Conta
São Jerônimo da Serra/PR	86270-000		Conta Corrente	237	57-4	501537-5

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 78.390,00
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\$ 100,00
2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
Do Exercício	R\$ 78.290,00

Outras informações

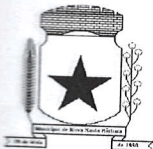
Histórico
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA ROGERIO BATISTA DOS SANTOS MENESES, QUE LEVARÁ A PACIENTE GLEICIANE MAYARA CAMARGO, CRISTIANE INACIO REZENDE PARA CONSULTA CLINICA E O PACIENTE EVERTON PAULO MENDES DE SOUZA NO HOSPITAL ANGELINA CARON EM CAMPO LARGO. A SAIDA DO MUNICIPIO SERA NO DIA 22/04/2019 AS 02:00 E RETORNO NO MESMO DIA.

Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS
Contador

MICHELE SOARES DE JESUS

Silvio Rosa de Lima
Contador
CRC PR - 051996/O-9
CPF: 711.011.369-87
RG: 5.027.764-0



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

E-1113

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 109/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA 22/04/2019

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 **Rogério Batista dos Santos** o qual levara pacientes para realização consulta e exames. Informo que o Servidor sairá de Nova Santa Bárbara no dia **22/04/2019 às 02:00 horas** retornando no mesmo dia

Paciente: Gleiciane Mayara Camargo e Cristiane Inácio Rezende

Hospital: Hospital Angelina Caron (Campo Largo) PR

Especialidade: Consulta Clínica

Horário: 07:00 horas

C-2890

Paciente: Everton Paulo Mendes de Souza

Hospital: Hospital Angelina Caron (Campo Largo) PR

Especialidade: Endoscopia

Horário: 07:00 horas

Atenciosamente,


Michele Soares de Jesus
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:



Nome


Assinatura

22 / 04 / 19
Data



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2738/2019

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
22/04/2019

SAÍDA:
02:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	GLEICIANE MAYARA CAMARGO	CONSULTA CLINICA	HOSP. ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA
2	CRISTIANE INACIO REZENDE	CONSULTA CLINICA	HOSP. ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA
3	EVERTON PAULO MENDES DE SOUZA	ENDOSCOPIA	HOSP. ANGELINA CARON	996024423
4	ACOMP			
MOTORISTA:		ROGERIO		
VEÍCULO:		SPIN PRETA		

Onibus

Serviço de Cirurgia Bariátrica

Declaro que para os devidos fins, que a paciente **Everton Paulo Mendes de Souza** possui exames agendados para o dia 22/04/2019
Na especialidade de Cirurgia Bariátrica.

O paciente deve seguir as seguintes orientações:

Horário de internação: 07:00hrs da manhã no setor de Internamentos e Visitas, próximo a Hemodinâmica

Documentos: Rg, CPF e Cartão SUS – E todos os papéis entregues no dia da primeira consulta, com o termo familiar assinado e as fichas de orientações nutricionais preenchidas.

A partir das 00:00hrs do dia anterior a cirurgia iniciar o jejum absoluto

Atenciosamente, Equipe Gastroplastia Brasil.

Equipe Gastroplastia Brasil

Dr. Wilson Paulo dos Santos

Contato:

(41) 3513-3944 - Keila/Margarete/Andrey

gastroplastiabrasilsus@gmail.com

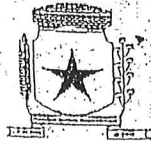


**Gastroplastia
Brasil**

(EDA) ⊕ acomp.

213 996024423

E 1113/19
19.02/05
70.2950



PREFEITURA MUNICIPAL NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Rogério B. dos Santos</u>		Cargo ou Função:
Orgão:	Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°:
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____		
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____		

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIARIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
22.04.19	100,00			100,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 100,00

Nome: <u>Rogério B. dos Santos</u>	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____
_____	_____	Assinatura do Tesoureiro

HISTÓRICO DO ITINERÁRIO

DATA	
22.04	Viajem para Curitiba CV 2791/19

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2741/2019

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
22/04/2019

SAÍDA:
02:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	GLEICIANE MAYARA CAMARGO	CONSULTA CLINICA	HOSP. ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA
2	CRISTIANE INACIO REZENDE	CONSULTA CLINICA	HOSP. ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA
3	EVERTON PAULO MENDES DE SOUZA	ENDOSCOPIA	HOSP. ANGELINA CARON	996024423
4	ACOMP			
MOTORISTA:		ROGERIO		
VEICULO:		SPIN PRETA		



Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/05/2019 - AUTOATENDIMENTO - 09.56.22
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: 621.537-8

FAVORECIDO: ROGERIO BATISTA DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 040.157.949-23 100,00
VALOR: R\$
DEBITO EM: 02/05/2019

=====

DOCUMENTO: 050201
AUTENTICACAO SISBB: 0.1DF.005.0FB.790.52D