



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 PAGAMENTO

Número 3153	Data 16/05/2019	Previsão N° 3160	Liquidação N° 3093/2019	Empenho N° 1322/2019	Requisição N°
-----------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------

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 **ROGERIO BATISTA DOS SANTOS** Matrícula **3800-8** CPF/CNPJ **040.157.949-23**
 Endereço **VIEIRADOR 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 _____

Retenções
 Total de retenções **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 - 051603** Data **16/05/2019** Valor **R\$ 100,00**

Recibo
 Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Cem Reais, referente ao pagamento do empenho número 1322/2019.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

 KATIA GARDENIA DOS SANTOS
 Tesoureira

 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 **3093/2019** Emitido em **06/05/2019** Requisição Nº _____ Empenho Nº **1322/2019**

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 **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 _____
 08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo do empenho**
 08.001 Fundo Municipal de Saúde **R\$ 100,00**
 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado**
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 100,00**
 2490 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\$ 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

Bancária
 nº 0057-4
 CI 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: **1322/2019** Tipo: **Ordinário** Emitido em: **06/05/2019** Requisição Nº: _____ Req. Compra Nº: _____

Licitação: _____ 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: **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		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 75.790,00
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\$ 75.690,00

Outras informações: _____

Histórico: **ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA ROGERIO BATISTA DOS SANTOS MENESES, QUE LEVARÁ O PACIENTE JOCENEI VALERIO DOS SANTOS, PARA CONSULTA MÉDICA NA ESPECIALIZADA, NO DIA 07 DE MAIO DE 2019, NO HOSPITAL MADALENA SOFIA, NA CIDADE DE CURITIBA-PR. A SAIDA DO MUNICIPIO SERA NO DIA 07/05/2019 AS 06:00 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

Michele Soares de Jesus
Contador



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº119/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA06/05/2019

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 Meneses** qual levara os paciente para realização consulta para realização de consulta. Informo que o Servidor sairá de Nova Santa Bárbara no dia **07/05/2019 às 06:00 horas** e retornando no mesmo dia

Paciente: Jocenei Valerio dos Santos.

Hospital: Hospital Madalena Sofia(Curitiba) PR

Especialidade: Consulta Clinica

Horario :14:55 horas.

C- 2490
F- 38008

Atenciosamente,


Michele Soares de Jesus

Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome


Assinatura

08 / 05 / 19
Data



Usuário: JOCINEI VALERIO DOS SANTOS
Mãe: MARINA SILVA DOS SANTOS
Sexo: MASCULINO
Município de Residência: NOVA SANTA BARBARA
Endereço: RUA EODES PEREIRA ARAUJO, 240, BAIRRO NAO INFORMADO, 86250000

Dt. de Nascimento: 11/07/1978 Idade: 40 ANO(S)
Cartão Nacional: 162533388120007
Raça/Cor: SEM INFORMACAO
UMS Responsável: 18ª REGIONAL DE SAUDE CORNELIO PROCOPIO
Telefone(s): (43) 32668050

Encaminhamento para Outros Profissionais

CBO: MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
Área de atuação: ORTOPEDIA - JOELHO
Estabelecimento de Saúde Solicitante:

Diagnóstico

Primário:

*paciente necessita de
comp.*

Motivo de Referência:

Exame Complementar já realizado:

Terapêutica Utilizada:

CURITIBA, 10 de Abril de 2019.

(tônia va junto)



REGISTRADO POR: GLEICE KELLY SAO RIBEIRO DOS SANTOS
AGENDAMENTO ADMINISTRATIVO

Autorização de Consulta

Código de Transação : 2019/52006616

Estabelecimento Realizador: HOSPITAL SANTA MADALENA SOFIA - IMS

Endereço: FULVIO JOSE ALICE nº381 - BAIRRO ALTO

Fone: 41 35656191

CBO: MEDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA

Área de atuação: ORTOPEDIA - JOELHO

Profissional: MATHEUS SILVA TEIXEIRA

Data: 07/05/2019

Horário: 14:55

Favor comparecer 20 minutos antes do horário

Saida 6:00h

Conclusão da Consulta

Código de Transação : 2019/52006616

Retorno Data: ____/____/____

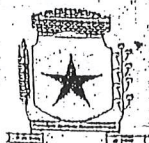
Hora: ____:____

Solicitado(s) SADT

Encaminhamento Para Outros Profissionais

Encaminhamento para UMS de origem

E.1322/19
12.3153
16/0



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BARBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Rogério Batista dos Santos</i>	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
<i>07-05-19</i>	<i>100,00</i>			<i>100,00</i>
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ <i>100,00</i>

Nome: <i>Rogério B dos Santos</i>	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: _____
Assinatura do Tesorero		

HISTÓRICO DO ITINERÁRIO	
DATA	
<i>07-05</i>	<i>Jogos para Curitiba CV 2017/19</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2811/2019

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
07/05/2019

SAÍDA:
06:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JOCINEI VALERIO DOS SANTOS	CONSULTA ORTC AS 14:50H	HOSPITAL SANTA MADALENA SOFIA	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	TANIA MARA LINO	MARCAR CONSULTA	MÃE DO PACIENTE JORGE NECESSITA IR PARA MARCAR CONSULTA	
4	ANTONIA ROSELI DE SOUZA BERNARDI	991920983		SÓ VOLTA
MOTORISTA:		RÓGERIO		
VEÍCULO:		SPIN PRETA		

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
16/05/2019 - AUTOATENDIMENTO - 08.53.35
2573902573 SEGUNDA VIA 0001
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
VALOR: R\$ 100,00
DEBITO EM: 16/05/2019

=====

DOCUMENTO: 051603
AUTENTICACAO SISBB: 9.8C8.9F5.977.E49.D4B