



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 5027	Data 15/07/2019	Previsão Nº 5033	Liquidação Nº 4584/2019	Empenho Nº 1910/2019	Requisição Nº
-----------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------

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

Bairro _____

Endereço
 VERA DOR PEDRO BEATRIZ, 81 - CASA

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 **Valor**
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 100,00**

Outras informações _____

Retenções

Total de retenções R\$ 0,00

Valor líquido R\$ 100,00

Recursos	Documento	Data	Valor
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Conta bancária 749850 - BB - SUS - Fundo Saúde - 071501	15/07/2019	R\$ 100,00

Recibo
 Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Cem Reais, referente ao pagamento do empenho número 1910/2019.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____ / ____ / ____

 KATIA GARDENIA DOS SANTOS
 Tesoureira

 MICHELE SOARES DE JESUS



Município de Nova Santa Bárbara - PR

CNPJ: 95561080000160 IE: 00000000000
Endereço: Rua Walfredo Bittencourt de Moraes, 222 - Centro CEP: 86250000 Cidade: Nova Santa Bárbara
Fone: (43) 3266-8100 Fax: Mesmo

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **4584/2019** Emitido em **01/07/2019** Requisição Nº _____ Empenho Nº **1910/2019**

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	Saldo do empenho
08 Secretaria Municipal de Saúde	
08.001 Fundo Municipal de Saúde	R\$ 100,00
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	
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

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA ROGERIO BATISTA DOS SANTOS MENESES, QUE LEVARÁ OS PACIENTES LEANDRO ELIAS DE OLIVEIRA KUBORI E ALTAIR DE OLIVEIRA TEITE, AMBOS PARA RETORNO CIRURGICO TRANSPLANTE DE RIN, NO DIA 03 DE JULHO DE 2019, NO HOSPITAL DO HOSPITAL ANGELINA CAARON, NA CIDADE DE CURITIBA-PR. A SAIDA DO MUNICIPIO SERA NO DIA 03/07/2019 AS 11:00 E RETORNO NO MESMO DIA.

Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor

MICHELE SOARES DE JESUS
Autorizador

7498-5

Receita
nº 0057-4
01621537-8



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 **1910/2019** Tipo **Ordinário** Emitido em **01/07/2019** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

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

Endereço **VEREADOR PEDRO BEATRIZ, 81 - CASA** Bairro _____

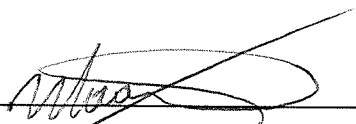
Cidade/UF **São Jerônimo da Serra/PR** CEP **86270-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **621537-8**


Classificação da despesa		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 64.490,60
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 (EC. 29/00 - 15%)	Saldo atual
	Do Exercício	R\$ 64.390,60


Outras informações _____

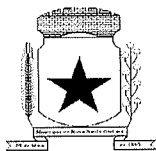
Histórico _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA ROGERIO BATISTA DOS SANTOS MENESES, QUE LEVARÁ OS PACIENTES LEANDRO ELIAS DE OLIVEIRA KUBORI E ALTAIR DE OLIVEIRA LEITE, AMBOS PARA RETORNO CIRURGICO TRANSPLANTE DE RIN, NO DIA 03 DE JULHO DE 2019, NO HOSPITAL DO HOSPITAL ANGELINA CAARON, NA CIDA.DE DE CURITIBA-PR. A SAIDA DO MUNICIPIO SERA NO DIA 03/07/2019 AS 01:00 E RETORNO NO MESMO DIA.


 Marco Antonio de Assis Nunes
 Emissor


 LAURITA DE SOUZA CAMPOS
 Contador


 MICHELE SOARES DE JESUS



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº173/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA01/07/2019

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 levará o paciente para realização consulta. Informo que o Servidor sairá de Nova Santa Bárbara no dia **02/07/2019 às 01:00 horas** e retornando no mesmo dia, informo que esses pacientes não podem ir em carro com mas pacientes devido a cirurgia que foi realizada.

Paciente:Leandro Elias Oliveira Kubori

Hospital: Hospital Angelina Caron(Curitiba) PR

Especialidade: Consulta retorno cirurgico trasnplante de rins

Horario :07:00 Horas.

Paciente : Altair de Oliveira Leite

Hospital : Hospital Angelina Caron (Curitiba)


Horario 11:40 horas.Retorno trasnplante de rins.

Atenciosamente,

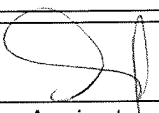

Michele Soares de Jesus

Secretária Municipal de Saúde

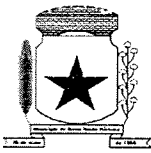
Recebido por:



Nome


Assinatura

____/____/____
Data



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3008/2019

DESTINO:
CURITIBA

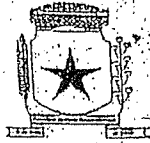
DATA:
02/07/2019

SAÍDA:
01:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LEANDRO ELIAS OLIVEIRA KOBORI	RETORNO TRANSPLANTE	HOSP. ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA
2	ALTAIR DE OLIVEIRA LEITE	DOADOR	HOSP. ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA
MOTORISTA:		ROGERIO		
VEÍCULO:		SPIN PRETA		

E 1910/19
Pg. 15/02
nº 5027



PREFEITURA MUNICIPAL NOVA SANTA BARBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Rogério Batista do Santos</i>	Cargo ou função:
Orgão: Unidade Administrativa:	Nota de Empenho Nº: Solicitação Nº:
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM <u>1/1</u>	
Nº DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIARIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
02.07.19	100,00			100,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 100,00

Nome: <i>Rogério Batista do Santos</i>	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: _____
_____	Assinatura do Secretário	Assinatura do Tesoureiro

HISTÓRICO DO ITINERÁRIO

DATA	DESCRIÇÃO
02.07	Viagem para Curitiba CV 3008/19

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3008/2019

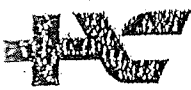
DESTINO:
CURITIBA

DATA:
02/07/2019

SAÍDA:
01:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
	LEANDRO ELIAS OLIVEIRA KOECCI	RETORNO TRANSPLANTE	HOSP. ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA
	ALTAIR DE OLIVEIRA LEITE	DOADOR	HOSP. ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA
MOTORISTA:		ROGERIO		
VEICULO:		SPIN PRETA		



SOCIEDADE
HOSPITALAR
ANGELINA CARON

Doador

À RECEPÇÃO NEFROLOGIA

FAVOR AGENDAR CONSULTA/RETORNO NO
AMBULATÓRIO DE TRANSPLANTES.

PACIENTE: *Altair de Oliveira Leite*

DATA APROXIMADA: *02/04/19*

Dr. Carlos Gustavo Marmanillo
Nefrologia - Transplante

ASSINATURA E CARIMBO

11.40

* Este não tem validade como agendamento, agende sua
consulta na recepção ou pelo fone (41) 3679-8262.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> KPTT | <input type="checkbox"/> BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES |
| <input type="checkbox"/> TS | <input type="checkbox"/> ALT |
| <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> AST |
| <input type="checkbox"/> PLAQUETAS | <input type="checkbox"/> FOSFATASE ALCALINA |
| <input type="checkbox"/> TIPAGEM | <input type="checkbox"/> AMILASE |
| <input type="checkbox"/> RETICULÓCITOS | <input type="checkbox"/> GAMA GT |

OBSERVAÇÕES:

Dr. Carlos Gustavo Marmanillo
Nefrologia - Transplante

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

FICHA DE EXAMES - AMOSTRA - SANGUE

Solda 1:00h

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> UTI GERAL L _____ | <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA |
| <input type="checkbox"/> UTI CARDÍACA L _____ | <input type="checkbox"/> BERÇÁRIO L _____ |
| <input type="checkbox"/> UTI PEDIÁTRICA L _____ | <input type="checkbox"/> CENTRO CIRÚRGICO |
| <input type="checkbox"/> HEMODINÂMICA L _____ | <input type="checkbox"/> TRANSPLANTE |
| <input type="checkbox"/> ENFERMARIA Nº _____ | <input type="checkbox"/> SUÍTE Nº _____ |
| <input type="checkbox"/> PEDIATRIA L _____ | <input type="checkbox"/> PRONTO SOCORRO |
| <input type="checkbox"/> ALA ANTIGA Nº _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> ALA DARVIL CARON Nº _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> CPK | <input type="checkbox"/> GASOMETRIA |
| <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> SÓDIO, POTÁSSIO, CÁLCIO IÔNICO |
| <input type="checkbox"/> LDH | <input type="checkbox"/> SÓDIO |
| <input type="checkbox"/> JGG | <input checked="" type="checkbox"/> POTÁSSIO |
| <input type="checkbox"/> JGM | <input type="checkbox"/> CÁLCIO |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> MAGNÉSIO |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> FÓSFORO |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> FERRO |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> ALFA 1 CLICOPROTEÍNA ÁCIDA |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> ASO |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input checked="" type="checkbox"/> PCR |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> FR |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Aneci Lourdes Iarscheski
Assistente Social
GRESS 5520

TRANSPLANTE

CARIMBO DO LABORATÓRIO

Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2019 - AUTOATENDIMENTO - 09.26.22
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: 15/07/2019

=====

DOCUMENTO: 071501
AUTENTICACAO SISBB: 3.0FC.563.6D2.552.CFF

Transação efetuada com sucesso por: JB517799 ERIC KONDO.