



# 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 | Data       | Previsão N° | Liquidação N° | Empenho N° | Requisição N° |
| 776    | 12/03/2021 | 778         | 708/2021      | 491/2021   |               |

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 \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

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

Classificação da despesa \_\_\_\_\_  
**2700** **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 **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** **031202** **12/03/2021** **R\$ 800,00**

Recibo \_\_\_\_\_  
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 491/2021.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nova Santa Bárbara, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
KATIA GARDENIA 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 **708/2021** Emitido em **09/03/2021** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Empenho Nº **491/2021**

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 **RUA 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**

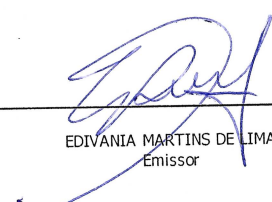
|   |  |                   |
|---|--|-------------------|
| Classificação da despesa                                  |  | Saldo do empenho  |
| 08 Secretaria Municipal de Saúde                          |  | R\$ 800,00        |
| 08.001 Fundo Municipal de Saúde                           |  | Valor liquidado   |
| 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde   |  | <b>R\$ 800,00</b> |
| 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS                       |  | Saldo à Liquidar  |
| 2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) |  | R\$ 0,00          |

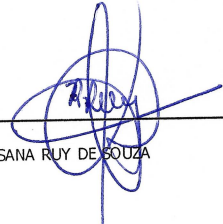
Outras informações \_\_\_\_\_

|                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| Retenções _____ | Total de retenções |
|                 | R\$ 0,00           |
|                 | Valor líquido      |
|                 | <b>R\$ 800,00</b>  |

Servidor que autorizou a liquidação \_\_\_\_\_  
**234730 - ROSANA RUY DE SOUZA**

Histórico  
 ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA ROGÉRIO BATISTA DOS SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.

  
 \_\_\_\_\_  
 EDIVANIA MARTINS DE LIMA  
 Emissor

  
 \_\_\_\_\_  
 ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9



# 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 **491/2021** Tipo **Ordinário** Emitido em **09/03/2021** Requisição N°   
 Req. Compra N°

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** Bairro

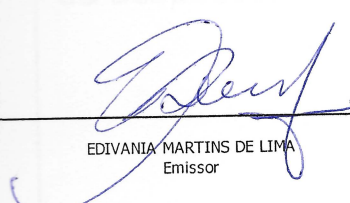
Endereço **RUA VEREADOR PEDRO BEATRIZ, 81 - CASA** CEP **86270-000** Fone Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **621537-8** Cidade/UF **São Jerônimo da Serra/PR**

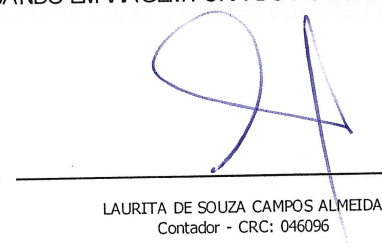
Classificação da despesa **08 Secretaria Municipal de Saúde** Saldo anterior **R\$ 93.100,00**   
 **08.001 Fundo Municipal de Saúde** Valor empenhado **R\$ 800,00**   
 **10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde** Saldo atualizado **R\$ 92.300,00**   
 **3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS**   
 **2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)**   
 **Do Exercício**

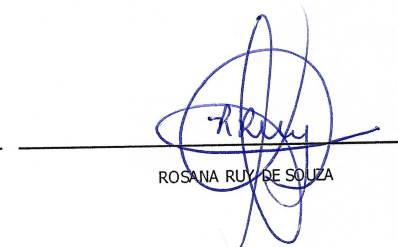
### Outras informações

### Histórico

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA ROGÉRIO BATISTA DOS SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICÍPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

  
EDIVANIA MARTINS DE LIMA  
Emissor

  
LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA  
Contador - CRC: 046096

  
ROSANA RUY DE SOUZA



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

## CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 079/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 09/03/21

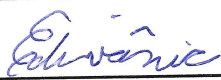
**ASSUNTO:** Solicitação de Diária Motorista

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, **Rogério Batista dos Santos** haja vista que as viagens são realizadas fora do Município.

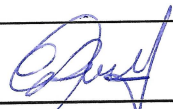
Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

  
Rosana Ruy de Souza  
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:



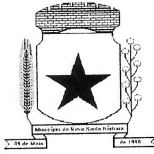
Nome



Assinatura

09 / 03 / 21

Data



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

E 4911  
Pg 12/021  
nº 778.

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

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| Funcionário:<br><u>Rogério Batista dos Santos</u>                      | Cargo ou Função: <u>MOTORISTA</u>     |
| Órgão: <u>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</u><br>Unidade Administrativa: | Nota de Empenho N°:<br>Solicitação N° |
| Dotação Orçamentária:<br>Especificação:                                |                                       |
| <b>TOTAL DO RESSARCIMENTO:</b>   |                                       |

**RESUMO DAS DESPESAS**

| DATA   | DIÁRIA | TRANSPORTE | OUTROS | TOTAL         |
|--|--------|------------|--------|---------------|
| 21 03 21   | 40.00  |            |        | 40.00         |
| 21 03 21   | 33.00  |            |        | 33.00         |
| 23 03 21   | 40.00  |            |        | 40.00         |
| 23 03 21   | 33.00  |            |        | 33.00         |
| 25 03 21   | 40.00  |            |        | 40.00         |
| 27 03 21   | 40.00  |            |        | 40.00         |
| 29 03 21   | 40.00  |            |        | 40.00         |
| 31 03 21   | 40.00  |            |        | 40.00         |
| <b>TOTAL</b>   |        |            |        |               |
| <b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b> |        |            |        | <b>306,00</b> |

|  |  |  |
|--|--|--|
| Nome:<br><u>Rogério B. Santos</u><br>Assinatura do Funcionário | Nome:<br><u>[Assinatura]</u><br>Secretário | Nome:<br>_____<br>Assinatura do Tesoureiro |
|--|--|--|

| DATA   | HISTÓRICO DO ITINERÁRIO                        |
|--------|--|
| 21. 03 | Viagem para Uraí Santa Casa (Pac. Bruna)       |
| 21. 03 | Viagem para Bandeirantes (Pac. Jorge) noite    |
| 23 03  | Viagem para Cornélio Procopio CV 311/21        |
| 23.03  | Viagem para Cornélio Procopio Sta Casa (noite) |
| 25 03  | Viagem para Cornélio Pr, Londrina CV 321/21    |
| 27 03  | Viagem para Londrina CV 334/21                 |
| 29 03  | Viagem para Londrina CV 335/21                 |
| 31 03  | Viagem para Jacarezinho CV 348/21              |



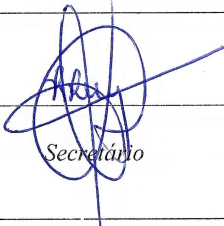
PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

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

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| Funcionário:<br><i>Rogério Batista dos Santos</i>                      | Cargo ou Função: <i>MOTORISTA</i>     |
| Órgão: <i>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</i><br>Unidade Administrativa: | Nota de Empenho N°:<br>Solicitação N° |
| Dotação Orçamentária:<br>Especificação: _____                          |                                       |
| <b>TOTAL DO RESSARCIMENTO:</b>   |                                       |

**RESUMO DAS DESPESAS**

| DATA   | DIÁRIA | TRANSPORTE | OUTROS | TOTAL         |
|--|--------|------------|--------|---------------|
| 01 04 21   | 40.00  |            |        | 40.00         |
| 05 04 21   | 40.00  |            |        | 40.00         |
| 06 04 21   | 40.00  |            |        | 40.00         |
| 07 04 21   | 40.00  |            |        | 40.00         |
| 08 04 21   | 40.00  |            |        | 40.00         |
| 09 04 21   | 40.00  |            |        | 40.00         |
| 12 04 21   | 40.00  |            |        | 40.00         |
| 13 04 21   | 40.00  |            |        | 40.00         |
| <b>TOTAL</b>   |        |            |        |               |
| <b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b> |        |            |        | <b>320,00</b> |

|  |   |  |
|--|---|--|
| Nome:<br><i>Rogério B Santos</i><br>Assinatura do Funcionário<br>_____/_____/_____ | Nome:<br><br>Secretário | Nome:<br>_____<br>Assinatura do Tesoureiro |
|--|---|--|

| DATA  | HISTÓRICO DO ITINERÁRIO                    |
|-------|--|
| 01.04 | Viagem para Cornélio Procopio CV 356/21    |
| 05.04 | Viagem para Londrina (Conserto de Veículo) |
| 06.04 | Viagem para Cornélio Procopio CV 362/21    |
| 07.04 | Viagem para Londrina CV 366/21             |
| 08.04 | Viagem para Cornélio Procopio CV 376/21    |
| 09.04 | Viagem para Cornélio Procopio CV 379/21    |
| 12.04 | Viagem para Assai CV 389/21                |
| 13.04 | Viagem para Cornélio Procopio CV 396/21    |



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

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

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| Funcionário:<br><i>Rogério Batista dos Santos</i>  | Cargo ou Função:                      |
| Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE<br>Unidade Administrativa:  | Nota de Empenho N°:<br>Solicitação N° |
| DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____ / ____ / ____<br>N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____ |                                       |
| TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____   |                                       |

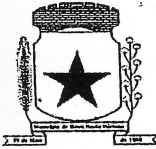
**RESUMO DAS DESPESAS**

| DATA   | DIÁRIA       | TRANSPORTE | OUTROS | TOTAL                   |
|--|--------------|------------|--------|-------------------------|
| <i>14.06.21</i>                                      | <i>40.00</i> |            |        | <i>40.00</i>            |
|  |              |            |        |                         |
|  |              |            |        |                         |
|  |              |            |        |                         |
|  |              |            |        |                         |
|  |              |            |        |                         |
| <b>TOTAL</b>   |              |            |        |                         |
| <b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b> |              |            |        | <b>R\$ <i>40.00</i></b> |

|  |   |  |
|--|---|--|
| Nome:<br><i>Rogério B. dos Santos</i><br>Assinatura do Funcionário<br>____ / ____ / ____ | Nome:<br><i>[Signature]</i><br>Secretário | Nome:<br>_____<br>Assinatura do Tesoureiro |
|--|---|--|

| DATA            | HISTÓRICO DO ITINERÁRIO                 |
|-----------------|---|
| <i>14.06.21</i> | <i>Viagem para Londrina CV 397 / 21</i> |
|                 |   |
|                 |   |
|                 |   |
|                 |   |

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

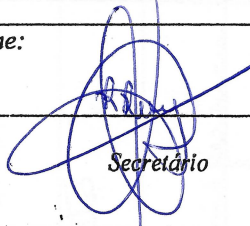
NOVA SANTA BÁRBARA

## DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| Funcionário:<br><u>Rogério Batista dos Santos</u>  | Cargo ou Função:                      |
| Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE<br>Unidade Administrativa:  | Nota de Empenho N°:<br>Solicitação N° |
| DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____<br>N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____ |                                       |
| TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$   |                                       |

## RESUMO DAS DESPESAS

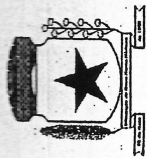
| DATA  | DIÁRIA | TRANSPORTE | OUTROS  | TOTAL      |
|---|--------|------------|---------|------------|
| 15.04.21                                      | 100.00 |            |         | 100.00     |
|   |        |            | Pedágio | 10.60      |
|   |        |            | Pedágio | 10.60      |
|   |        |            |         |            |
|   |        |            |         |            |
|   |        |            |         |            |
|   |        |            |         |            |
| TOTAL   |        |            |         |            |
| TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver) |        |            |         | R\$ 121.20 |

|  |   |  |
|--|---|--|
| Nome:<br><u>Rogério B. dos Santos</u><br>Assinatura do Funcionário<br>____/____/____ | Nome:<br><br>Secretário | Nome:<br>_____<br>Assinatura do Tesoureiro |
|--|---|--|

| DATA     | HISTÓRICO DO ITINERÁRIO          |
|----------|----------------------------------|
| 15.04.21 | Viagem para Campo Largo e/403/21 |
|          |                                  |
|          |                                  |
|          |                                  |
|          |                                  |

Observações: 21.20 Referente ao valor cobrado de pedágio devido o Veículo estar com o documento 2018. Spin - Placa Bcn-6561





# NOVA SANTA BÁRBARA

SECRETARIA DE SAÚDE DE NOVA SANTA BÁRBARA  
 Rua Antônio Joaquim Rodrigues, s/n. - Jardim Alto da Boa Vista  
 Fone/Fax: (43)3266-8050 - Nova Santa Bárbara

## CONTROLE DE INTERNAMENTO E ENCAMINHAMENTOS RELAZADO PELA UBS

| DATA       | NOME DO PACIENTE   | Tipo de encaminhamento<br>Motivo do encaminhamento | Prof. que autorizou | Motorista | Hr Saída | Hr Retorno | Destino                | Carro utilizado |
|------------|--|--|---------------------|-----------|----------|------------|------------------------|-----------------|
| *08/03/21  | Maria Jone (foto)  | Consulta   | Sora                | Sora      | 19:00    |            | Iliporã                | Spin            |
| 08/03/21   | Transfêrencia M <sup>re</sup> q <sup>re</sup> do s <sup>mo</sup> |  | Sara                | Sara      | 13:00    |            | Arredina               | AMB.            |
| 09/03/21   | Valdinei Jone - mãe  | consulta   | Pherys              | Judene    | 18:30    |            | Arredina               | Spin            |
| 09/03/2021 | Sra Jotta  | Transfêrencia                                      | Sora                | Sora      | 08:30    |            | HU                     | Arredina        |
| X 10/03/21 | Luiz Laurino de Souza  | alta hospitalar                                    | Glaciane            | Glaciane  | 21:00    | 01:30      | Santa casa<br>Arredina | Ambulância      |
| 11/03/21   | (Buxar, Olegário)  | O2 (Buxar)   | Ona                 | Sichini   | 20:30    |            | Santa Cecília          | Ambulância      |
| 14/03/23   | Lucio família do Sr. Buxar                                       | Hospital q/ - Arredina                             | Analysa             | Porcy     | 08:00    | 11:00      | C. P. Buxar            | Spin            |
| 15/03/21   | Mair   | Transfêrencia                                      | Selinh              | Selinh    | 21:10    |            | Santa Cecília          | Ambulância      |
| 20/03/21   | Tatelli Trindade   | RX   | Valéria             | Trani     | 09:00    |            | Arredina               | Ambulância      |
| X 20/03/21 | meus mãe   | alta   | Sora                | Sora      | 15:40    |            | Santa casa             | Spin            |
| 20/03/21   | Bura Reis Brito  | SURTO  | Jackline            | Loggio    | 07:00    |            | Santa casa<br>Unai     | Spin            |

Fone/Fax: (43)3266-8050 - Nova Santa Bárbara

CONTROLE DE INTERNAMENTO E ENCAMINHAMENTOS REALIZADO PELA UBS

| DATA     | NOME DO PACIENTE                      | Tipo de encaminhamento<br>Motivo do encaminhamento | Prof. que autorizou | Motorista | Hr Saída | Hr Retorno | Destino                   | Carro utilizado     |
|----------|---------------------------------------|--|---------------------|-----------|----------|------------|---------------------------|---------------------|
| 21/03/21 | Helizja pete                          | alta   | Leane               | (Jranci)  | 17:30    |            | Santa Casa - Ponta Grossa | Spina               |
| 21/03/21 | Jose C de Siba                        | alta   | Leane               | Rogério   | 17:30    |            | Santa Casa - Ponta Grossa | Ambulância          |
| 21/03/21 | George G do Santos                    | Leveu p/ S. João                                   | Peto                | Selaine   | 21:30    |            | Conjunto                  | Ambulância          |
| 22/03/21 | Edilci Ferreira                       | alta   | Sora                | Jranci    | 8:20     | 11:00      | Santa Casa                |                     |
| 23/03/21 | Mrs Claudia Nunes                     | Grande contusão<br>Distensão                       | Di                  | Nancy     | 18:00    |            | Est. Casa<br>Cornélio     | Ambulância<br>Apin  |
| 23/03/21 | Jose Lino                             | Análises e<br>Conduta                              | Leane               | Rogério   | 18:00    |            | Junto com<br>Cornélio     | Ambulância          |
| 24/03/21 | Amelândia do Sivo                     | Trabalho de foto                                   | Fui                 | Eroney    | 17:30    | 21:30      | Santa Casa<br>Cornélio    | Spina - foto        |
| 24/03/21 | Mrs Elvius do Sivo                    | Trabalho de foto                                   | Jane                | Eroney    | 00:40    |            | Santa Casa<br>Cornélio    | Ambulância<br>Spina |
| 24/03/21 | Robel 39 Simski<br>Estácio P. de Siba | RX Ultramid<br>Umap                                | Valéria             | Jane      | 12:30    |            | Cornélio<br>Pitanga       | Taxi                |
| 24/03/21 | Alversona Juba Mendes                 | Trabalho foto                                      | Jaceline            | Jaceline  | 19:00    |            | Santa<br>marina           | Apin                |



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 311/2021**

DESTINO:  
CORNELIO PROCOPIO

Data:  
23/03/2021

SAÍDA:  
06:30

RESPONSÁVEL:  
VALERIA

| Ord       | Nome passageiro     | Especialidade | Destino | Obs.: |
|-----------|---------------------|---------------|---------|-------|
| 1         | VALDETE ALVES       | MAMOGRAFIA    | CISNOP  |       |
| 2         | ROSELI ARESTIDES    | CAPS          |         |       |
| 3         | LUIZ CARLOS PEREIRA | RX            |         |       |
| 4         | ACOMP               |               |         |       |
| 5         | GISLAINE ARROIO     | RX            | CISNOP  |       |
| 6         | ADRIANA ABRIL       | CISNOP        |         |       |
| 7         | ELIANE ABRIL        | CISNOP        |         |       |
| MOTORISTA | ROGERIO             |               |         |       |
| VEICULO   | VAN                 |               |         |       |

*Ver se dar para pegar imagem na Ultramed  
aparelho*