



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

Numero 1843	Data 26/03/2019	Previsão Nº 1887	Liquidação Nº 1547/2019	Empenho Nº 738/2019	Requisição Nº
-----------------------	--------------------	---------------------	----------------------------	------------------------	---------------

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: **501537-5**

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 **R\$ 100,00** Valor

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 - 032603	26/03/2019	R\$ 100,00

Recibo
 Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Cem Reais, referente ao pagamento do empenho número 738/2019.

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

Numero *Emitido em* *Requisição Nº* *Empenho Nº*
1547/2019 20/03/2019 738/2019

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

Endereço *Bairro*
VEREADOR PEDRO BEATRIZ, 81 - CASA

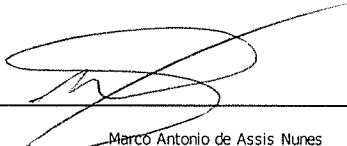
Cidade/UF *CEP* *Fone* *Tipo de conta bancária* *Banco* *Agência* *Conta*
São Jerônimo da Serra/PR 86270-000 Conta Corrente 237 57-4 501537-5

Classificação da despesa
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



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 738/2019 **Tipo** Ordinário **Emitido em** 20/03/2019 **Requisição Nº** **Req. Compra Nº**

Localização **Número**

Sem licitação
Contrato/Aditivo
Sigla **Contrato** **Aditivo** **Início da vigência** **Fim da vigência** **Fim da vig. atualizada** **Início da execução** **Fim da execução** **Fim da exe. atualizada**

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

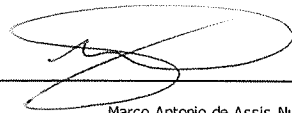
Cidade/UF **CEP** **Fone** **Tipo de conta bancária** **Banco** **Agência** **Conta**
 São Jerônimo da Serra/PR 86270-000 **Conta Corrente** 237 57-4 501537-5

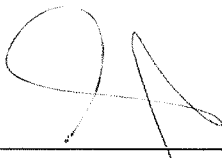
Classificação da despesa


08 Secretaria Municipal de Saúde	Saldo anterior
08.001 Fundo Municipal de Saúde	R\$ 86.520,00
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\$ 86.420,00

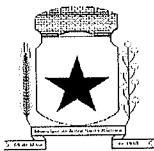
Outras informações

Histórico
 ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA ROGERIO BATISTA DOS SANTOS MENESES, QUE LEVARÁ A PACIENTE CRISTIANE APARECIDA DA SILVA, PARA alta hospitalar, NO DIA 20 DE MARÇO DE 2019, NO HOSPITAL DO ROCIO, NA CIDADE DE CAMPO LARGO-PR. A SAIDA DO MUNICIPIO SERA NO DIA 20/03/2019 AS 10:00 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

Nº082/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA20/03/2019

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 buscara a paciente após realizar procedimento cirurgico .Informo que o Servidor sairá de Nova Santa Bárbara no dia **20/03/2019 às 10:00 horas** e retornando no mesmo dia

Paciente: Cristiane Aparecida da Silva

Hospital: Hospital do Rocio(Campo Largo) PR

Especialidade: Alta Hospitalar

C - 2490

F - 38002

Atenciosamente,

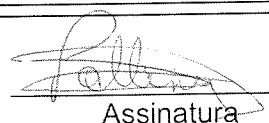

Michele Soares de Jesus

Secretária Municipal de Saúde

C - 738

Recebido por: _____

Nome


Assinatura

22/03/19
Data

E 738/19

Ry 26/03/19

nº 1843



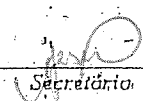
PREFEITURA MUNICIPAL NOVA SANTA BARBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: Rogério Batista dos Santos	Cargo ou função:
Orgão: <input checked="" type="checkbox"/> Administrativa	Nota de Empenho N°:
Unidade Administrativa:	Solicitação N°:
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ___/___/___	
N° DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
20.03.19	100,00			100,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 100,00

Nome: Rogério Batista Santos	Nome:  Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
------------------------------	---	---

HISTÓRICO DO ITINERÁRIO

DATA	DESCRIÇÃO
20.03	Viagem Para Curitiba cv 2577/19

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2597/2019

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
20/03/2019

SAÍDA:
10:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	CRISTIANE APARECIDA VIEIRA		ALTA HOSPITAL DO ROCIO	
MOTORISTA:		ROGERIO		
VEICULO:		SPIN PRETA		



**HOSPITAL DO
ROCIO**


SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

CRISTIANE APARECIDA VIEIRA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o(a) paciente acima esteve internado(a) neste hospital de 18/03/2019 a 20/03/2019 e necessita de afastamento durante **05 dias (cinco)** de suas atividades normais, por motivo de doença.

CID: I67.1


Dr. Guilherme Vinícius de A. Barbosa
Especialista em Res. Neurocirurgia
CRM/PR 41712

Campo Largo, 20/03/2019.

Rua Maria Aparecida de Oliveira, 599 – São Jerônimo
Fone: (41) 3136/2515



**HOSPITAL DO
ROCIO**

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

CRISTIANE APARECIDA VIEIRA

ATESTADO MÉDICO AO INSS

Atesto que o(a) paciente acima esteve internado(a) neste hospital de 18/03/2019 a 20/03/2019 para realizar arteriografia, controle após embolização de aneurisma cerebral.

Necessita avaliação pericial.

CID: I67.1

Dr. Guilherme Vinicius de A. Barbosa
Médico Res. Neurocirurgia
CRM/PR 41712

Dr. Guilherme Vinicius de A. Barbosa
Médico Res. Neuro
CRM/PR 41712

Campo Largo, 20/03/2019.

Rua Maria Aparecida de Oliveira, 599 – São Jerônimo
Fone: (41) 3136/2515



**HOSPITAL DO
ROCIO**

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

CRISTIANE APARECIDA VIEIRA

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente em Pos op de embolização de aneurisma cerebral. Submetido(a) a arteriografia controle após 1 ano e 3 meses da embolização. Exame demonstra aneurisma totalmente ocluído. Recebe alta com orientações de retorno se sinais de gravidade (cefaleia intensa, crise convulsiva ou sonolência excessiva).

Retorno:

FAVOR INTERNAR DIA 15/03/2021 AS 09H30 AOS CUIDADOS DO DR RICARDO RIET PARA EXAMES DE CREATININA, URÉIA E COAGULOGRAMA. PLANO ARTÉRIOGRAFIA DE CONTROLE EM 16/03/2021.

PACIENTE EM PO DE EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL.

Dr. Guilherme Vinícius de A. Barbosa
Médico Res. Neurocirurgia
CRM/PR 41712

Campo Largo, 20/03/2019.