



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 **6518/2019** Emitido em **11/09/2019** Requisição Nº _____ Empenho Nº **2641/2019**

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 **TEREZA DA SILVA GONCALVES** Matrícula **24830-4** CPF/CNPJ **750.458.189-53**

Endereço **RUA SEBASTIAO PRUDENCIO PINHEIRO, 90 - CASA** Bairro **RECANTO SABIA**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661253** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-5** Conta **34199-1**

Classificação da despesa		Saldo do empenho
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 200,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	Valor liquidado
10.301.0320.2025	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 200,00
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS	Saldo a 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\$ 200,00

Servidor que autorizou a liquidação **40221 - MICHELE SOARES DE JESUS**

Histórico
 ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A SERVIDORA TEREZA DA SILVA GONÇALVES, QUE IRÁ ACOMPANHAR A PACIENTE ROSELI DOS SANTOS DIAS, QUE PASSARÁ POR CONSULTAS MÉDICA ESPECIALIZADA, NOS HOSPITAL ANGELINA CARON, NO DIA 15 A 17 DE SETEMBRO DE 2019, NA CIDADE DE CURITIBA-PR.
 BRESSALTO QUE ESSA SITUAÇÃO É UMA EXCESSÃO ATÍPICA, DOS TRABALHOS DIÁRIOS, POIS A PACIENTE APRESENTA OBESIDADE MORBIDA ACOMPANHADO DE DEFICIT MENTAL, HIPERTANSÃO ARTERIAL EDIABETES TIPO II, E NAO TENDO SENHUM FAMILIAR QUE POSSA FAZER O ACOMPANHAMENTO DA MESMA.

Marco Antonio de Assis Nunes
 Emissor

MICHELE SOARES DE JESUS
 Autorizador

17915-9

guedi
 ar 0717
 el 34199-1

200.00 +
 100.00 +
 100.00 +
 400.00 *



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 **2641/2019** Tipo **Ordinário** Emitido em **11/09/2019** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

Licitação _____ Tipo _____ 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 **TEREZA DA SILVA GONCALVES** Matrícula **24830-4** CPF/CNPJ **750.458.189-53**

Endereço **RUA SEBASTIAO PRUDENCIO PINHEIRO, 90 - CASA** Bairro **RECANTO SABIA**

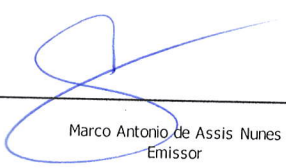
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661253** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-5** Conta **34199-1**

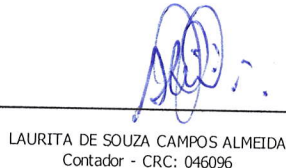
Classificação da despesa		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 50.690,60
08.001	Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
10.301.0320.2025	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 200,00
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS	Saldo atual
2490	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	R\$ 50.490,60
	Do Exercício	

Outras informações _____

Histórico _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A SERVIDORA TEREZA DA SILVA GONÇALVES, QUE IRÁ ACOMPANHAR A PACIENTE ROSELI DOS SANTOS DIAS, QUE PASSARÁ POR CONSULTAS MÉDICA ESPECIALIZADA, NOS HOSPITAL ANGELINA CARON, NO DIA 15 A 17 DE SETEMBRO DE 2019, NA CIDADE DE CURITIBA-PR. RESSALTO QUE ESSA SITUAÇÃO É UMA EXCESSÃO ATÍPICA, DOS TRABALHOS DIARIOS, POIS A PACIENTE APRESENTA OBESIDADE MORBIDA ACOMPANHADO DE DEFICIT MENTAL, HIPERTENSÃO ARTERIAL EDIABETES TIPO II, E NAO TENDO NENHUM FAMILIAR QUE POSSA FAZER O ACOMPANHAMENTO DA MESMA.


 Marco Antonio de Assis Nunes
 Emissor


 LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
 Contador - CRC: 046096


 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

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº217/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 11/09/19

ASSUNTO: Pagamento de Diária – Tereza da Silva Gonçalves

Solicito a Vossa Senhoria diária para pernoite em dinheiro no valor de 200,00 para o Agente Comunitários de Saúde conforme programação de agendamento de exames e consultas no Hospital Angelina Caron da paciente Roseli dos Santos Dias. Justifico que esta situação é uma exceção, atípica dos trabalhos diários, pois a paciente tem diagnóstico de Obesidade Mórbida acompanhado de Déficit Mental, Hipertensão Arterial e Diabetes tipo II.

A Paciente de 44 anos, mãe de dois filhos, todos com idade abaixo dos 13 dos anos, esta se encontra com saúde frágil, com debilidade física, e mental totalmente dependente de um acompanhante (ACS) em tempo integral durante o seu tratamento, não tendo outro familiar para acompanhá-la.

Ressalto que esta paciente faz tratamento numa área de Curitiba não tem hospital conveniado para o almoço. O horário de saída está previsto para sair as 15/09/19 retornando dia 17/09/19 conforme agenda de exames do hospital.

Banco Sicred

Conta Corrente: 34.198-1

Agencia: 0717

Diá 11/09

[Signature]
Michele Soares de Jesus
Secretária de Saúde

*C - 2490
F - 248304*

Recebido por:

[Signature]
Nome

[Signature]
Assinatura

11/09/19
Data

Radi Janta di Atas = 56 x 57 / 09/19.

Rekomendasi para rumah de Guntibogofe

10 Pagar guir p/a kila, - a manna deun
ataf p/ rumah de M.V.

- 23 No fana rote p/rote
- 32 No fana p/keletoch.
- 49 - No fana chimasa
- 52 No fana chi-Mate a pendum
- 53 No fana tipe de rha.
- 61 No fana
- 72 No fana

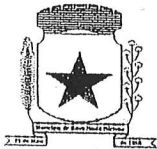
72 No fana - p/keletoch para rumah sapiwa.

No p/keletoch de fana

fana opener.
fote, nongta.

No dia de srama, kera 1 fobgob, 1
sura p/rot, no dia 56 x 57.

Paga kama a fana va fob de srama.



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

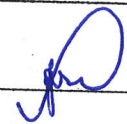
E 2641/19
Pg 24/09
nº 6758.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Terеза da Silva Gonçalves</i>	Cargo ou Função: <i>ACS</i>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM <i>16/09/19</i> N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ <i>100,00</i>	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>16/09/19</i>	<i>100,00</i>		<i>X</i>	<i>100,00</i>
TOTAL	<i>100,00</i>			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ <i>100,00</i>

Nome: <i>Terеза da Silva Gonçalves</i> Assinatura do Funcionário <i>16/09/2019</i>	Nome:  Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>16/09/19</i>	<i>acompanhando a paciente Roseli dos Santos dias no Hospital Angelina Caron, na Cidade / Curitiba para exames laboratoriais e consulta médica; saindo às 00:15 minutos</i>
	<i>16/09 e retornando 18/09 às 5: horas 30 minutos</i>

Observações:

P Cirurgia de Bariátrica

Sociedade Hospitalar Angelina Caron Ltda.
Rodovia do Caqui, 1150 - Km 01 - Fone: (41) 3679-8100 - FAX (41) 3679-2591
CNPJ 07.088.017/0001-91 - CEP 83430-000 - Campina Grande do Sul - Paraná

ATESTADO MÉDICO

A _____
O Sr.(a) Teiza da Silva Gomes
Foi atendido em consulta às _____ horas, sendo liberado às _____ horas.

- Devendo retornar imediatamente ao trabalho.
 Devendo ausentar-se no dia de hoje.
 Devendo afastar-se do trabalho por _____ (_____) dias.
 Esteve acompanhando familiar. (Thereli dos Santos Rias)
Afastado do trabalho á mais de (_____) dias e encaminhado à Perícia.

Campina Grande do Sul 16 / 09 / 2019

Dr. Rodolfo Schetter Széliga
Médico Nucleár

MÉDICO / CARIMBO CRM.

Diagnóstico _____

Cid _____

Autorização

Eu, _____, autorizo o

Dr. _____ a registrar

o diagnóstico (codificado - CID ou por extenso) neste atestado médico.

Assinatura / RG



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Tereza da Silva Gonçalves</i>		Cargo ou Função: <i>ACS</i>	
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:		Nota de Empenho N°: Solicitação N°	
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM <i>17/09/19</i> N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA:			
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ <i>100,00</i>			

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>17.09.19</i>	<i>100,00</i>			<i>100,00</i>
TOTAL	<i>100,00</i>			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)			<i>X</i>	R\$ <i>100,00</i>

Nome: <i>Tereza da Silva Gonçalves</i> Assinatura do Funcionário <i>17/09/2019</i>	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro
---	--	-----------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>17.09.19</i>	<i>Consulta médica e exames laboratoriais no Hospital Angelina Caron Curitiba saída 00:15 minutos do dia 16. Permanecendo o dia 17 e retornando às 5:30 m. do dia 18/09.2019, Curitiba P/acompanhar a paciente.</i>

Observações: *Rozeli dos Santos dias
Cirurgia de
P. Bariátrica*

Sociedade Hospitalar Angelina Caron Ltda.
Avenida Capui, 1150 - Km 01 - Fone: (41) 3679-8100 - FAX (41) 3679-2591
CNPJ 08.917/0001-91 - CEP 83430-000 - Campina Grande do Sul - Paraná

ATESTADO MÉDICO

Triza da Silva Goncalves

Atendido em consulta às _____ horas, sendo liberado às _____ horas.

Devendo retornar imediatamente ao trabalho.

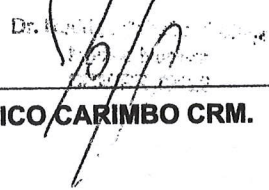
Devendo ausentar-se no dia de hoje _____

Devendo afastar-se do trabalho por _____ (_____) dias.

Estive acompanhando familiar. (Roseli do Santos Pires)

Afastado do trabalho á mais de (_____) dias e encaminhado à Perícia.

Campina Grande do Sul 17 / 09 / 2019

Dr. 

MÉDICO CARIMBO CRM.

Autorização

_____, autorizo o _____ a registrar

o diagnóstico (codificado - CID ou por extenso) neste atestado médico.

Assinatura / RG



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°
6759	24/09/2019	6760	835/2019	460/2019	

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 **TEREZA DA SILVA GONCALVES** Matrícula 24830-4 CPF/CNPJ 750.458.189-53

Endereço RUA SEBASTIAO PRUDENCIO PINHEIRO, 90 - CASA Bairro RECANTO SABIA

Cidade/UF Nova Santa Bárbara/PR CEP 86250-000 Fone 4332661253 Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 748 717-5 34199-1

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%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 Documento 092403 Data 24/09/2019 Valor R\$ 100,00

Recibo
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Cem Reais, referente ao pagamento do empenho número 460/2019.

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 **835/2019** Emitido em **19/02/2019** Requisição Nº _____ Empenho Nº **460/2019**

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 **TEREZA DA SILVA GONCALVES** Matrícula **24830-4** CPF/CNPJ **750.458.189-53**

Endereço **SEBASTIAO PRUDENCIO PINHEIRO, 90 - CASA** Bairro **RECANTO SABIA**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661253** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-5** Conta **34199-1**

Classificação da despesa
 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
 2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Saldo do empenho
R\$ 100,00
 Valor liquidado
R\$ 100,00
 Saldo à Liquidar
R\$ 0,00

Outras informações _____

Retenções _____

Total de retenções
R\$ 0,00

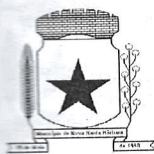
Valor líquido
R\$ 100,00

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



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº048/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 19/02/19

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 **Tereza da Silva Gonçalves** no qual irá acompanhar a paciente Roseli dos Santos Dias para consulta Breatrica, no Hospital Angelina Caron em Curitiba PR a A.C.S ira acompanh-la devido a falta de orientação da paciente. Informo que o Servidora sairá de Nova Santa Bárbara no dia **19/02/2019** às **00:00 horas** e retornando no mesmo dia.

Dados Bancários: Tereza da Silva Gonçalves

Agência: 0717

Conta: 34199-1

Banco Sicredi

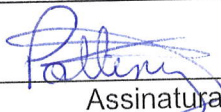
Posteriormente será apresentado relatório de despesas juntamente com os comprovantes.

Atenciosamente,


Michele Soares De Jesus
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome


Assinatura

19 / 02 / 19
Data



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2461/2019

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
19/02/2019

SAÍDA:
00:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Ordem	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
01	ROSELI DOS SANTOS DIAS	CONSULTA BARIATRICA	HOSPITAL ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA
02	ACOMP (DN. TEREZA DA SAÚDE)			
03	LUCIANO FRANCIOLI	CONSULTA BARIATRICA	HOSPITAL ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA
04	ACOMP			
CONDUTORISTA:		FABIANO		
VEICULO:		FIAT TORO		



Sociedade Hospitalar
Angelina Caron
SUS - Sistema Único de Saúde
SESA - Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Serviço de Cirurgia Bariátrica

Declaro que para os devidos fins, que a paciente Roseli dos Santos Dias possui consulta agendada para o dia 19/02/2019
Na especialidade de Cirurgia Bariátrica.

O paciente deve seguir as seguintes orientações:

Horário: 07:00hrs da manhã no setor de Ambulatório

Documentos: Rg, CPF e Cartão SUS

Atenciosamente, Equipe Gastroplastia Brasil.

Equipe Gastroplastia Brasil

Dr. Wilson Paulo dos Santos


Contato:

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

gastroplastiabrasilsus@gmail.com



Gastroplastia
B R A S I L

 **Sociedade Hospitalar
Angelina Caron**
SUS - Sistema Único de Saúde
SESA - Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Serviço de Cirurgia Bariátrica

Declaro que para os devidos fins, que a paciente Luciano Francioli possui consulta agendada para o dia 19/02/2019 Na especialidade de Cirurgia Bariátrica.

O paciente deve seguir as seguintes orientações:
Horário: 07:00hrs da manhã no setor de Ambulatório
Documentos: Rg, CPF e Cartão SUS

Atenciosamente, Equipe Gastroplastia Brasil.

Equipe Gastroplastia Brasil

Dr. Wilson Paulo dos Santos

Contato:

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

gastroplastiabrasilsus@gmail.com



**Gastroplastia
B r a s i l**



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

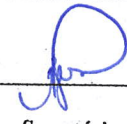
E 400/19
18.2

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>tereza da silva goncalves</i>	Cargo ou Função: <i>ACS</i>
Orgão: <i>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</i> Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM <i>19.02.2019</i> N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: <i>1</i>	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ <i>100,00</i>	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>19.02.19</i>	<i>100,00</i>	<i>Spim</i>		<i>100,00</i>
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ <i>100,00</i>

Nome: <i>tereza da silva goncalves</i> Assinatura do Funcionário <i>19.02.2019</i>	Nome:  Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro
---	--	-----------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>19.02.19</i>	<i>A Comp: pacientes para consulta medica de Bariátrica no: hospital angelina coron munic. de Curitiba Reseili dos Santos dias</i>

Observações: *Saída as 00 hrs. dia 18.02.19 Retornando as 18 hrs: e 16 minutos do: dia 19.02.2019.*



SOCIEDADE
HOSPITALAR
ANGELINA CARON

Sociedade Hospitalar Angelina Caron Ltda.

Rodovia do Caqui, 1150 - Km 01 - Fone: (41) 3679-8100 - FAX (41) 3679-2591
CNPJ 07.088.017/0001-91 - CEP 83430-000 - Campina Grande do Sul - Paraná

ATESTADO MÉDICO

A _____
O Sr.(a) TEREZA DA S. PUNICALVO

Foi atendido em consulta às _____ horas, sendo liberado às _____ horas.

- Devendo retornar imediatamente ao trabalho.
- Devendo ausentar-se no dia de hoje.
- Devendo afastar-se do trabalho por 02, 2013 dias.
- Esteve acompanhando familiar.

Afastado do trabalho á mais de () dias e encaminhado à Perícia.

Campina Grande do Sul 19, 02, 19

Dr. Wilson Paulo dos Santos
CPE: 440.554.049-72
CRM 14204

MÉDICO CARIMBO CRM.

Diagnóstico E-66.0

Cid _____

Autorização

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____ a registrar
o diagnóstico (codificado - CID ou por extenso) neste atestado médico.

Assinatura / RG



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 **6760** Data **24/09/2019** Previsão N° **6761** Liquidação N° **2123/2019** Empenho N° **982/2019** 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 _____

TEREZA DA SILVA GONCALVES Matrícula **24830-4** CPF/CNPJ **750.458.189-53**
 Endereço _____ Bairro **RECANTO SABIA**
RUA SEBASTIAO PRUDENCIO PINHEIRO, 90 - CASA

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661253** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-5** Conta **34199-1**

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

Outras informações _____ Valor **R\$ 100,00**

Retenções _____

Total de retenções **R\$ 0,00**

Recursos _____ Valor líquido **R\$ 100,00**

00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 Documento **092403** Data **24/09/2019** Valor **R\$ 100,00**

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Cem Reais, referente ao pagamento do empenho número 982/2019.

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 **2123/2019** Emitido em **01/04/2019** Requisição Nº _____ Empenho Nº **982/2019**

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 **TEREZA DA SILVA GONCALVES** Matrícula **24830-4** CPF/CNPJ **750.458.189-53**
Endereço **SEBASTIAO PRUDENCIO PINHEIRO, 90 - CASA** Bairro **RECANTO SABIA**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661253** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-5** Conta **34199-1**

Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde
08.001 Fundo Municipal de Saúde Saldo do empenho **R\$ 100,00**
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado **R\$ 100,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
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 **982/2019** Tipo **Ordinário** Emitido em **01/04/2019** Requisição Nº _____ Req. Compra 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 **TEREZA DA SILVA GONCALVES** Matrícula **24830-4** CPF/CNPJ **750.458.189-53**

Endereço **SEBASTIAO PRUDENCIO PINHEIRO, 90 - CASA** Bairro **RECANTO SABIA**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661253** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-5** Conta **34199-1**

Classificação da despesa		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 82.320,00
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\$ 82.220,00

Outras informações _____

Histórico
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A SERVIDORA TEREZA DA SILVA GONÇALVES, QUE IRÁ ACOMPANHAR A PACIENTE ROSELI DOS SANTOS DIAS, QUE PASSARÁ POR CONSULTAS MÉDICA NA ESPECIALIDADE DE BARIATRICA, NOS HOSPITAL ANGELINA CARON, NO DIA 15 DE ABRIL DE 2019, NA CIDADE DE CURITIBA-PR.

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

Nº090/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 01/04/19

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 **Tereza da Silva Gonçalves** no qual irá acompanhar a paciente Roseli dos Santos Dias para consulta Bareátrica, no Hospital Angelina Caron em Curitiba PR a A.C.S ira acompanha-la devido a falta de orientação da paciente. Informo que o Servidora sairá de Nova Santa Bárbara no dia **15/04/2019 às 00:00 horas** e retornando no mesmo dia.

Dados Bancários: Tereza da Silva Gonçalves

Agência: 0717

Conta: 34199-1

Banco Sicredi

C- 2490
F- 248304

Posteriormente será apresentado relatório de despesas juntamente com os comprovantes.

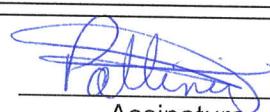
Atenciosamente,

E-982
L-


Michel Soares De Jesus
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome


Assinatura

05/04/19
Data

Serviço de Cirurgia Bariátrica

Declaro que para os devidos fins, que a paciente **Roseli dos Santos Dias** possui exames agendados para o dia 16/04/2019
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
B r a s i l

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
24/09/2019 - AUTOATENDIMENTO - 14.42.16
2573902573 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA.
COMPROVANTE DE
DOC ELETRONICO

CLIENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 17.915-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE
REMETENTE : FMS NOVA ST BARBARA - FUS
BANCO: 748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0717-X - SICREDI CAMBARA
CONTA: 34.199-1

FUNDRECIDO: TEREZA DA SILVA GONCALVES
CPF/CNPJ: 750.458.189-53
VALOR: R\$ 400,00
DEBITO EM: 24/09/2019

=====

DOCUMENTO: 092403
AUTENTICACAO SISBB: A.416.DC2.1AD.BDF.AA1

Transação efetuada com sucesso por: JB534388 MICHELE S JESUS.