



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 Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
1634	20/03/2019	1639	1259/2019	657/2019	

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 Matrícula CPF/CNPJ

BENEDITO BITTENCOURT ARAUJO 2907-6 189.268.949-91

Endereço Bairro

RUJA JOAO JURANDY DE MORAES, 255 CENTRO

Cidade/UF CEP Fone Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Nova Santa Bárbara/PR 86250-000 Conta Corrente 237 57-4 500767-4

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 Documento Data Valor

00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 749850 - BB - SUS - Fundo Saúde - 032002 20/03/2019 R\$ 100,00

Recibo

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Cem Reais, referente ao pagamento do empenho número 657/2019.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

 KATIA GARDÊNIA 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 **259/2019** Emitido em **11/03/2019** Requisição Nº _____ Empenho Nº **657/2019**

Modalidade de Licitação **Sem licitação** Número _____

Contrato/Aditivo _____ Aditivo _____ Início da vigência _____ Fim da vigência _____ Fim da vig. atualizada _____ Início da execução _____ Fim da execução _____ Fim da exe. atualizada _____

Fornecedor **BENEDITO BITTENCOURT ARAUJO** Matrícula **2907-6** CPF/CNPJ **189.268.949-91**

Endereço **RUA JOAO JURANDY DE MORAES, 255** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone _____ Tipo de conta bancária _____ Banco _____ Agência _____ Conta _____

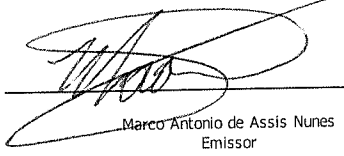
Classificação da despesa	Saldo do empenho
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 100,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde	Valor liquidado
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 100,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	Saldo à liquidar
2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	R\$ 0,00

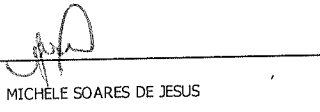
Outras informações _____

Retenções	Total de retenções
	R\$ 0,00
	Valor líquido
	R\$ 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

Branco
 057-4

01500767-4



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 57/2019 **Tipo** Ordinário **Emitido em** 11/03/2019 **Requisição Nº** _____ **Req. Compra Nº** _____

Modalidade de licitação _____ **Número** _____

Contrato/Aditivo _____ **Aditivo** _____ **Início da vigência** _____ **Fim da vigência** _____ **Fim da vig. atualizada** _____ **Início da execução** _____ **Fim da execução** _____ **Fim da exe. atualizada** _____

Fornecedor BENEDITO BITTENCOURT ARAUJO **Matricula** 2907-6 **CPF/CNPJ** 189.268.949-91

Endereço RUA JOAO JURANDY DE MORAES, 255 **Bairro** CENTRO

Cidade/UF Nova Santa Bárbara/PR **CEP** 86250-000 **Fone** _____ **Tipo de conta bancária** _____ **Banco** _____ **Agência** _____ **Conta** _____

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 88.520,00
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\$ 88.420,00

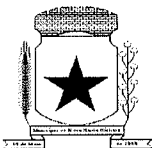
Outras informações _____

Histórico
 ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA BENEDITO B. ARAUJO JUNIOR, QUE LEVARÁ A PACIENTE CRISTIANE INACIO REZENDE, PARA CONSULTA MÉDICA NA ESPECIALIDADE DE CIRURGIA BAREATRICA, NO DIA 12 DE MARÇO DE 2019, NO HOSPITAL ANGELINA CARON, NA CIDADE DE CURITIBA-PR. A SAÍDA DO MUNICÍPIO SERÁ NO DIA 12/03/2019 AS 00:00 E RETORNO NO MESMO DIA.

 Marco Antônio de Assis Nunes
 Emissor

 LAURITA DE SOUZA CAMPOS
 Contador

 MICHELE SOARES DE JESUS



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

E-657

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº064/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA11/03/2019

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 **Benedito B. Araujo Junior** qual levará os paciente para realização consulta para realização de cirurgia bareatrica. Informo que o Servidor sairá de Nova Santa Bárbara no dia **12/03/2019 às 00:00 horas** e retornando no mesmo dia

Paciente: Cristiane Inacio Rezende

Hospital: Hospital Angelina Caron(Curitiba) PR

Especialidade: Internamento Cirurgia Bareatrica

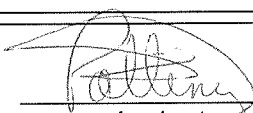
Horario :06:00 horas

Atenciosamente,


Michele Soares de Jesus

Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____
Nome


Assinatura

11/03/19
Data



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2550/2019

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
12/03/2019

SAÍDA:
08:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	CRISTIANE INACIO REZENDE	CIRURGIA BARIATRICA	HOSPITAL ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA 991372768
2	ACOMP			
MOTORISTA:		BENEDITO		
VEÍCULO:		SPIN PRETA		



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 **Cristiane Inácio Rezende** possui procedimento cirúrgico agendado para o dia 12/03/2019, a mesma necessita de acompanhamento de algum familiar para permanecer junto durante o pós-operatório por um período de 7 dias. Na especialidade de Cirurgia Bariátrica.

O paciente deve seguir as seguintes orientações:

Horário de internação: 05:00hrs da manhã no setor de Internamentos e Visitas, próximo a Hemodinâmica

Documentos: Rg, CPF e Cartão SUS

Seguir a dieta que a nutricionista orientou, e a partir das 22hrs do dia anterior a cirurgia iniciar o jejum absoluto

No caso de mulheres, a paciente não obtenha laqueadura, deve trazer exame de gravidez (beta HCG).

O uso de meia e cinta é obrigatório

Atenciosamente, Equipe Gastroplastia Brasil.

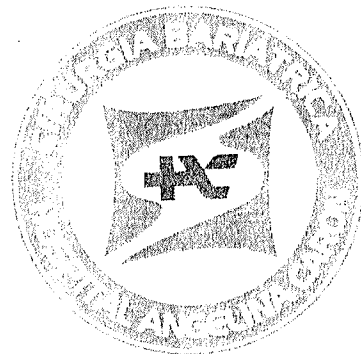
Equipe Gastroplastia Brasil

Dr. Wilson Paulo das Santos

Contato:

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

gastroplastiabrasilsus@gmail.com



Gastroplastia
B R A S I L

E 657/19
pg. 20/03
no 1634



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Benedito B. Assis Jr.</i>	Cargo ou Função: <i>Motorista</i>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

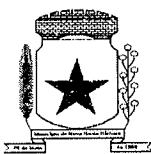
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
12.03.19	10000			
TOTAL	10000			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 10000

Nome: <i>B. Assis Jr.</i>	Nome: <i>[Assinatura]</i>	Nome:
Assinatura do Funcionário ____/____/____	Secretário	Assinatura do Tesoureiro

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
12.03.19	Viagem para Curitiba Hosp. Angelina Mon Paciente Cristiane

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2550/2019

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
12/03/2019

SAÍDA:
23:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	CRISTIANE INACIO REZENDE	CIRURGIA BARIATRICA	HOSPITAL ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA 991372768
2	ACOMP			
MOTORISTA:		BENEDITO		
VEICULO:		SPIN PRETA		

Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/03/2019 - AUTOATENDIMENTO - 14.39.47
2573902573 SEGUNDA VIA 0003

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: 500.767-4

FAVORECIDO: BENEDITO BITTENCOURT DE ARAUJO
CPF/CNPJ: 189.268.949-91
VALOR: R\$ 100,00
DEBITO EM: 20/03/2019

=====

DOCUMENTO: 032002
AUTENTICACAO SISBB: 1.CF5.138.7E3.276.131

650494975996