



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	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
2062	19/05/2020	2062	1826/2020	1028/2020	

Licitação
Tipo
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
CLODOALDO SILVESTRE

Matrícula
728-5

CPF/CNPJ
737.682.199-68

Bairro
CENTRO

Endereço
RUA ISMAEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA

Cidade/UF
Nova Santa Bárbara/PR

CEP
86250-000

Fone
32661389

Tipo de conta bancária
Conta Corrente

Banco
237

Agência
57-4

Conta
620300-0

Classificação da despesa
2560 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\$ 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	051901	19/05/2020	R\$ 800,00

Recibo
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 1028/2020.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____


KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tesoureira


MICHELE SOARES DE JESUS
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



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 **1826/2020** Emitido em **12/05/2020** Requisição Nº _____ Empenho Nº **1028/2020**

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 **CLODOALDO SILVESTRE** Matrícula **728-5** CPF/CNPJ **737.682.199-68**

Endereço **RUA ISMAEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **32661389** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620300-0**

Classificação da despesa		Saldo do empenho
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 800,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	
10.301.0320.2025	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor liquidado
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS	R\$ 800,00
2560	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\$ 800,00**

Servidor que autorizou a liquidação
40221 - MICHELE SOARES DE JESUS

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

Claudia Pereira da Silva
Emissor

MICHELE SOARES DE JESUS
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

17915-9

Devidora
 em 0057-4
 01 620300-0



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	Tipo	Emitido em	Requisição N°	Req. Compra N°
1028/2020	Ordinário	12/05/2020		

Licitação
Tipo
Sem licitação

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

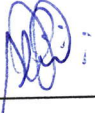
Credor	Matrícula	CPF/CNPJ				
Fornecedor	728-5	737.682.199-68				
CLODOALDO SILVESTRE		Bairro				
Endereço		CENTRO				
RUA ISMAEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA						
Cidade/UF	CEP	Fone	Tipo de conta bancária	Banco	Agência	Conta
Nova Santa Bárbara/PR	86250-000	32661389	Conta Corrente	237	57-4	620300-0

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 85.000,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 800,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	Saldo atual
2560 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	R\$ 84.200,00
Do Exercício	

Outras informações

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


Claudia Pereira da Silva
Emissor


LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
Contador - CRC: 046096


MICHELE SOARES DE JESUS
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

L. 1826

E-1028

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

2560

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº101/2020

PARA: Secretaria de Administração

DATA:12/05/20

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, **Clodoaldo Silvestre** haja vista que as viagens são realizadas fora do Município.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

646

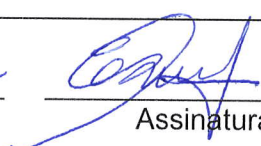
Atenciosamente,


Michele Soares de Jesus
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:



Nome



Assinatura

12 / 05 / 2020

Data



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

E 1028/20

Pr 19/05

nº 2062.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Marcosaldo Felisberto</i>	Cargo ou Função: <i>medicista</i>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho Nº: 1028 Solicitação Nº
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ Nº DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
15/05/2020	40,00			40,00
18/05/2020	40,00			40,00
19/05/2020	40,00			40,00
20/05/2020	40,00			40,00
22/05/2020	40,00			40,00
25/05/2020	40,00			40,00
TOTAL	R\$ = 240,00			R\$ = 240,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

Nome: <i>Marcosaldo Felisberto</i> Assinatura do Funcionário _____/_____/_____ _____	Nome: <i>[assinatura]</i> Secretário _____	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro _____
---	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
15/05/2020	Viagem P/ Hemodialise em família Própria
18/05/2020	Viagem P/ Hemodialise em família Própria
19/05/2020	Viagem P/ Clínica de Apoio P- Maria Maria Silva
20/05/2020	Viagem P/ Hemodialise em família Própria
22/05/2020	Viagem P/ Hemodialise em família Própria
25/05/2020	Viagem P/ Hemodialise em família Própria

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Clevaldo Ilustru</u>	Cargo ou Função: <u>M. Touza</u>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: <u>1028</u> 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
27/05/2020	40,00			40,00
29/05/2020	40,00			40,00
01/06/2020	40,00			40,00
02/06/2020	40,00			40,00
03/06/2020	40,00			40,00
04/06/2020	40,00			40,00
TOTAL	240,00			240,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				RS

Nome: <u>Clevaldo Ilustru</u> Assinatura do Funcionário	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
27/05/2020	Viagem ?/ Hemodialise em Carnélio Próprio
29/05/2020	Viagem ?/ Hemodialise em Carnélio Próprio
01/06/2020	Viagem ?/ Hemodialise em Carnélio Próprio
02/06/2020	Viagem ?/ Hospital S ^{te} Alce em Ponta Marinha - Evilim Pauone
03/06/2020	Viagem ?/ Hemodialise em Carnélio Próprio
04/06/2020	Viagem ?/ 18 ^o Regional de Saúde Carnélio Próprio - Exame Covid-19

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Cláudio Fleiter</u>	Cargo ou Função: <u>Médico</u>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: <u>1028</u> Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

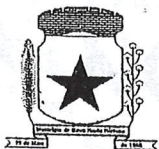
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
05/06/2020	40,00			40,00
08/06/2020	40,00			40,00
09/06/2020	40,00			40,00
10/06/2020	40,00			40,00
12/06/2020	40,00			40,00
15/06/2020	40,00			40,00
TOTAL	R\$=240,00			R\$=240,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

Nome: <u>Cláudio Fleiter</u> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
05/06/2020	Viagem à Hemodiálise em Canelas Próprio
08/06/2020	Viagem à Hemodiálise em Canelas Próprio.
09/06/2020	Viagem à Assai China, P. Rua C. Tunkuro.
10/06/2020	Viagem à Hemodiálise em Canelas Próprio
12/06/2020	Viagem à Hemodiálise em Canelas Próprio.
15/06/2020	Viagem à Hemodiálise em Canelas Próprio

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Claudio Filastre</u>	Cargo ou Função: <u>Motorista</u>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: <u>1028</u> 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
<u>16/06/2020</u>	<u>40,00</u>			<u>40,00</u>
<u>17/06/2020</u>	<u>40,00</u>			<u>40,00</u>
TOTAL	<u>R\$ = 80,00</u>			<u>R\$ = 80,00</u>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

Nome: <u>Claudio Filastre</u> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<u>16/06/2020</u>	<u>Viagem p/ Hemodialise São Jerônimo Serra, Sergio P.</u>
<u>17/06/2020</u>	<u>Viagem p/ Hemodialise Im. Família Rocchio</u>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3966/2020

DESTINO:
ASSAÍ

DATA:
19/05/2020

SAÍDA:
17:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA MIERI DA SILVA RIGOTI	U\$G	CLIMAS	POSTO
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		SPIN PRETA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3998/2020

DESTINO:
SANTA MARIANA

DATA:
02/06/2020

SAÍDA:
15:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	EVELIN CAUANE DIAAS FERREIRA	PUERPERA	HOSP. SANTA ALICE	ALTA HOSPITALAR
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO		SPIN PRETA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 4006/2020

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
04/06/2020

SAÍDA:
09:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LEVAR COLETA EXAME COVID-19		18ª REGIONAL	
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO		AMBULANCIA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 4015/2020

DESTINO:
ASSAÍ

DATA:
09/06/2020

SAÍDA:
09:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ROSA GOMES PINHEIRO	HISTERECTOMIA	CLIMAS	PEGAR NA CASA
		CLODOALDO		
VEÍCULO:		SPIN PRETA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 4032/2020

DESTINO:
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:
16/06/2020

SAÍDA:
07:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	SERGIO PERUSSI		HUMANITAS	PEGAR NA CASA (19)996853569
2	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		AMBULANCIA		



Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
19/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 09.39.16
2573902573 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 17.915-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : FMS NOVA ST BARBARA - FUS
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0057-4 - ASSAI
CONTA: 620.300-0

FAVORECIDO: CLODOALDO SILVESTRE
CPF/CNPJ: 737.682.199-68
VALOR: R\$ 800,00
DEBITO EM: 19/05/2020

=====

DOCUMENTO: 051901
AUTENTICACAO SISBB: B.B86.78A.62F.8F6.1C4