



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°
2564	19/06/2020	2573	2284/2020	1376/2020	

Licitação: _____ Número: _____
Tipo: _____
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: _____ Matrícula: 728-5 CPF/CNPJ: 737.682.199-68
Fornecedor: CLODOALDO SILVESTRE 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	061901	19/06/2020	R\$ 800,00

Recibo: Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 1376/2020.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tresoureira

MICHELE SOARES DE JESUS
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



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 **2284/2020** Emitido em **16/06/2020** Requisição N° Empenho N°
1376/2020

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 **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

08 Secretaria Municipal de Saúde	Saldo do empenho	R\$ 800,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde	Valor liquidado	R\$ 800,00
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Saldo à Liquidar	R\$ 0,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		
2560 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		

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



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	Tipo	Emitido em	Requisição Nº	Req. Compra Nº
1376/2020	Ordinário	16/06/2020		

Licitação	Número
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
Sequência - Contrato							

Credor	Matricula	CPF/CNPJ	Bairro			
Fornecedor CLODOALDO SILVESTRE	728-5	737.682.199-68	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	Saldo anterior
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 80.200,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde	
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado R\$ 800,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	
2560 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual R\$ 79.400,00
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

L. 2284

E-1376



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº129/2020

PARA: Secretaria de Administração

DATA:16/06/20

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.

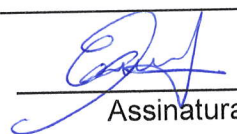
660

Atenciosamente,

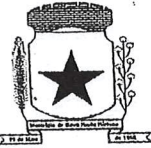

Michele Soares de Jesus
 Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:


 Nome


 Assinatura

16 / 06 / 2020
 Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 1376/20
Pg 19/06/20
no 2564.
02

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Clodoaldo Silvestre</u>	Cargo ou Função: <u>Motorista</u>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N° <u>1376</u>
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
19/06/2020	40,00			40,00
22/06/2020	40,00			40,00
24/06/2020	40,00			40,00
26/06/2020	40,00			40,00
29/06/2020	40,00			40,00
01/07/2020	40,00			40,00
TOTAL	RA=240,00			RA=240,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
19/06/2020	Viagem realizada ?/ Hemodialise em Conselho Próprio
22/06/2020	Viagem realizada ?/ Hemodialise em Conselho Próprio
24/06/2020	Viagem realizada ?/ Hemodialise em Conselho Próprio
26/06/2020	Viagem ?/ Hemodialise em Conselho Próprio
29/06/2020	Viagem ?/ Hemodialise em Conselho Próprio
01/07/2020	Viagem ?/ Hemodialise em Conselho Próprio

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Cleodaldo Filizete</u>	Cargo ou Função: <u>Motorista</u>
Órgão: 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
02/07/2020	40,00			40,00
03/07/2020	40,00			40,00
06/07/2020	40,00			40,00
07/07/2020	40,00			40,00
08/07/2020	40,00			40,00
09/07/2020	40,00			40,00
TOTAL	R\$=240,00			R\$=240,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
02/07/2020	Viagem ?/ niteroi Cornelio Procopio P. Avelino B. Araújo
03/07/2020	Viagem ?/ Hemodialise em Cornelio Procopio
06/07/2020	Viagem ?/ Hemodialise em Cornelio Procopio
07/07/2020	Viagem ?/ B.R. Saude P. Sai P. Ana E. Lita J. Almeida
08/07/2020	Viagem ?/ Hemodialise em Cornelio Procopio
09/07/2020	Viagem ?/ Ultramed em Cornelio Procopio P. Ubeltia Silva

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Cleonaldo Gilstre</u>	Cargo ou Função: <u>Medista</u>
Órgão: 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
10/07/2020	40,00			40,00
13/07/2020	40,00			40,00
14/07/2020	40,00			40,00
15/07/2020	40,00			40,00
17/07/2020	40,00			40,00
20/07/2020	40,00			40,00
TOTAL	R\$ = 240,00			R\$ = 240,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
10/07/2020	Viagem ?/ Hemodiálise em Favelas Picozinho
13/07/2020	Viagem ?/ Hemodiálise em Favelas Picozinho
14/07/2020	Viagem ?/ Assai Pequeno Príncipe Clínica P. Ana Glória Jesus
15/07/2020	Viagem ?/ Hemodiálise em Favelas Picozinho
17/07/2020	Viagem ?/ Hemodiálise em Favelas Picozinho
20/07/2020	Viagem ?/ Hemodiálise em Favelas Picozinho

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Clodoaldo Silvestre</u>	Cargo ou Função: <u>M. Doula</u>
Órgão: 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
<u>21/07/2020</u>	<u>40,00</u>			<u>40,00</u>
<u>22/07/2020</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>Clodoaldo Silvestre</u> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	---

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<u>21/07/2020</u>	<u>Viagem à Oficina M. D. Gonçalves e Dias LTDA. em</u>
	<u>serviço de manutenção do carro da saúde.</u>
<u>22/07/2020</u>	<u>Viagem à Hemodiálise em família própria.</u>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 4075/2020

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
02/07/2020

SAÍDA
09:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	AROLDO BITTENCOURT ARAUJO	NEFROLOGISTA	NEFRONOR	
2	ACOMP			
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 4089/2020

DESTINO:
ASSAÍ

DATA:
07/07/2020

SAÍDA:
10:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
ANA ELITA DE JESUS DE ALMEIDA	USG+PREV	BR+SAUDE	
ACOMP			
CONDUTORISTA:		CLODOALDO	
VEICULO:		AMBULANCIA	



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 4086/2020

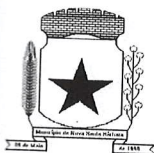
DESTINO:
CORNELIO

DATA:
09/07/2020

SAÍDA
07:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LUBELIA BRAZ DA SILVA	USG+RX+TOMO	ULTRAMED	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
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 4096/2020

DESTINO:
ASSAÍ

DATA:
14/07/2020

SAÍDA:
09:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ANA ELITA DE JESUS DE ALMEIDA	GASTRO	PEQUENO PRÍNCIPE	POSTO
2	ACOMP			
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 4118/2020

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
21/07/2020

SAÍDA:
10:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LEVAR CARRO PARA MANUTENÇÃO		MD GONCALVES E DIAS LTDA	
MOTORISTA		CLODOALDO		
VEICULO		SPIN PRETA		



Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
19/06/2020 - AUTOATENDIMENTO - 14.53.54
2573902573 SEGUNDA VIA 0004

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: 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: 19/06/2020

=====

DOCUMENTO: 061901
AUTENTICACAO SISBB: E.A99.9D3.FB5.DC3.48C

Transação efetuada com sucesso por: JB534388 MICHELE S JESUS.