



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° |
| 4919 | 12/07/2019 | 4920 | 4753/2019 | 1970/2019 | |

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

Endereço: 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
 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\$ 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 749850 - BB - SUS - Fundo Saúde - 071202 12/07/2019 R\$ 800,00

Recibo
 Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 1970/2019.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

 KATIA GARDENIA DOS SANTOS
 Tesoureira

 MICHELE SOARES DE JESUS



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 **753/2019** Emitido em **05/07/2019** Requisição Nº _____ Empenho Nº **1970/2019**

Objeto da 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

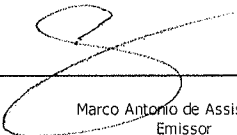
Fornecedor **CLODOALDO SILVESTRE** Matrícula **728-5** CPF/CNPJ **737.682.199-68**
 Endereço **SMARCEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA** Bairro **CENTRO**
 Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **32661389** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta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

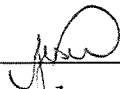
Classificação da despesa
 08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo do empenho R\$ 800,00**
 08.001 Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado R\$ 800,00**
 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Saldo à Liquidar R\$ 0,00**
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
 2490 00303 Saúde - Receitas 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 **0221 - 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.


 Marco Antonio de Assis Nunes
 Emissor


 MICHELE SOARES DE JESUS
 Autorizador

7498-5

Baudino
 ay 0057-4

el 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 **1970/2019** Tipo **Ordinário** Emitido em **05/07/2019** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

Licitação _____ Tipo _____ Número _____
 Sem licitação

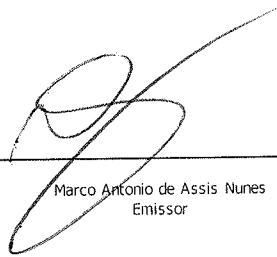
Contrato/Aditivo _____
 Sequência Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

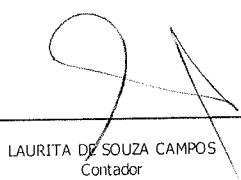
Credor _____
 Fornecedor **CLODOALDO SILVESTRE** Matrícula **728-5** CPF/CNPJ **737.682.199-68**
 Endereço **SMAEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA** Bairro **CENTRO**
 Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **32661389** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência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

| | | |
|--------------------------|--|-------------------|
| Classificação da despesa | | Saldo anterior |
| 08 | Secretaria Municipal de Saúde | R\$ 63.490,60 |
| 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 |
| 2490 | 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) | R\$ 62.690,60 |
| | 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


 Marco Antonio de Assis Nunes
 Emissor


 LAURITA DE SOUZA CAMPOS
 Contador


 MICHELE SOARES DE JESUS



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº179/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 05/07/19

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.

C- 2490
F- 7285

Atenciosamente,

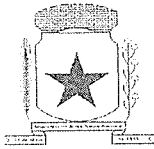

Michele Soares de Jesus
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome


Assinatura

05/07/19
Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 1970/19
Pr. 12/07
204919

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

| | |
|--|---|
| Funcionário: <u>Cláudio Silvestre</u> | Cargo ou Função: <u>m. Motorista</u> |
| Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa: | Nota de Empenho N°: <u>1970</u> Solicitação N° |
| DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____ | |
| TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____ | |

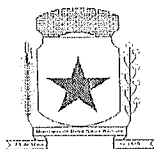
RESUMO DAS DESPESAS

| DATA | DIÁRIA | TRANSPORTE | OUTROS | TOTAL |
|---|--------|------------|--------|--------|
| 11/07/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 12/07/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 15/07/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 16/07/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 17/07/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 18/07/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| TOTAL | 240,00 | | | 240,00 |
| TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver) | | | | R\$ |

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

| DATA | HISTÓRICO DO ITINERÁRIO |
|----------|--|
| 11/07/19 | Viagem p/ Casnopolis - Curitiba Miranda Dias |
| 12/07/19 | Viagem p/ Hemodiálise em Foneles - Pr. 12/07 |
| 15/07/19 | Viagem p/ Hemodiálise em Cornélio Procopio |
| 16/07/19 | Viagem p/ combi João de Deus, p. Desone P. |
| 17/07/19 | Viagem p/ Hemodiálise em Foneles Pr. 12/07 |
| 18/07/19 | Viagem p/ Foneles Pr. 12/07, Casa II - p. Casa do João |

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

| | |
|--|---|
| Funcionário: <u>Clodoaldo de Jesus</u> | Cargo ou Função: <u>Mestrato</u> |
| Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa: | Nota de Empenho N°: <u>1970</u> Solicitação N° |
| DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____ | |
| TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____ | |

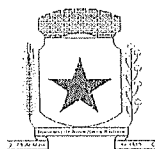
RESUMO DAS DESPESAS

| DATA | DIÁRIA | TRANSPORTE | OUTROS | TOTAL |
|---|--------------|------------|--------|--------------|
| 19/07/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 22/07/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 23/07/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 24/07/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 25/07/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 26/07/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| TOTAL | R\$ = 240,00 | | | R\$ = 240,00 |
| TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver) | | | | R\$ |

| | | |
|--|---|---|
| Nome: <u>Clodoaldo de Jesus</u> Assinatura do Funcionário | Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário | Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro |
|--|---|---|

| DATA | HISTÓRICO DO ITINERÁRIO |
|----------|---|
| 19/07/19 | Viagem p/ Hemodiálise em Paralelo Praxio |
| 22/07/19 | Viagem p/ Hemodiálise em Paralelo Praxio |
| 23/07/19 | Viagem p/ Propensas João de Freitas P. Daniel |
| 24/07/19 | Viagem p/ Hemodiálise em Paralelo Praxio |
| 25/07/19 | Viagem p/ São Mariana P. Silvana Ferreira |
| 26/07/19 | Viagem p/ Hemodiálise em Paralelo Praxio |

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

| | |
|--|---------------------------------------|
| Funcionário: <u>Clodoaldo Gilbreu</u> | Cargo ou Função: <u>Metorista</u> |
| Órgão: <u>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</u> 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\$ _____ | |

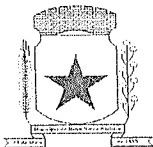
RESUMO DAS DESPESAS

| DATA | DIÁRIA | TRANSPORTE | OUTROS | TOTAL |
|---|--------|------------|--------|--------------|
| 29/07/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 30/07/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 31/07/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 01/08/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 02/08/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 05/08/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| TOTAL | 240,00 | | | R\$ = 240,00 |
| TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver) | | | | R\$ |

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

| DATA | HISTÓRICO DO ITINERÁRIO |
|----------|--|
| 29/07/19 | Viagem p/ Hemodiálise em Conselho Praxias |
| 30/07/19 | Viagem p/ 18ª Regional de Saúde P. Maria J. |
| 31/07/19 | Viagem p/ Hemodiálise em Conselho Praxias |
| 01/08/19 | Viagem p/ 3ª Maria, P. Silvana F. dos Santos |
| 02/08/19 | Viagem p/ Hemodiálise em Conselho Praxias |
| 05/08/19 | Viagem p/ Hemodiálise em Conselho Praxias |

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

| | |
|--|---|
| Funcionário: <u>Clodoaldo Silvestre</u> | Cargo ou Função: <u>Motobista</u> |
| Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa: | Nota de Empenho N°: <u>1970</u> Solicitação N° |
| DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____ | |
| TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____ | |

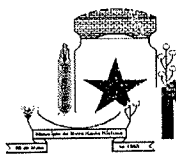
RESUMO DAS DESPESAS

| DATA | DIÁRIA | TRANSPORTE | OUTROS | TOTAL |
|---|--------|------------|--------|------------|
| 06/08/19 | 4000 | | | 4000 |
| 07/08/19 | 4000 | | | 4000 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL | 8000 | | | R\$ = 8000 |
| 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 |
|----------|---|
| 06/08/19 | Viagem P/ Humaitá, São Jerônimo da Serra, Piquiza |
| 07/08/19 | Viagem P/ Humaitá e em paralelo Piquiza |
| | |
| | |
| | |

Observações:



REFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3041/2019DESTINO:
CORNELIODATA:
11/07/2019SAÍDA:
06:30HRESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

| Qtd | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|-----|--------------------------------------|------------------------|--------------|----------------------------|
| | LUCIANA AP. EVARISTO | | CAPS II | |
| | JOAO BATISTA | | CAPS II | |
| | NELSON ALBINO DOS SANTOS | ECG | CISNOP | |
| | VINICIUS MIRANDA DIAS | RX | CISNOP | |
| | ACOMP | | | |
| | MAYLON SPINDOLA DOS SANTOS | NEURO | DRA FABIANNE | |
| | ACOMP | | | |
| | CAROLINE APARECIDA LEOCADIO CARNEIRO | ALTO RISCO | CISNOP | PEGAR NA CASA 991101317 |
| | ACOMP | <i>Prova Intensiva</i> | | |
| | JOAO LUCAS BARBOSA SILVA | RX | CISNOP | |
| | ACOMP | | | |
| | NATALICIO PAULO DA SILVA | TOMO | CISNOP | |
| | ACOMP | | | |
| | SAMUEL UMBELINO BITTENCOURT | RNM | SANTA CASA | PEGAR NA CASA 991370637 |
| | ACOMP | | | |
| | WILSON APARECIDO DOS SANTOS | | CEDIMAGEM | |

| | |
|------------|--------------------|
| MOTORISTA: | CLODOALDO |
| VEÍCULO: | VAN DA HEMODIALISE |



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3053/2019

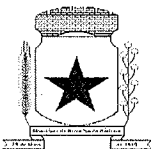
DESTINO:
LONDRINA

DATA:
16/07/2019

SAÍDA:
11:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

| Qtd | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|------------|--|-----------------|----------------------|----------------------------|
| 1 | DEISIANE PATRICIA PROENÇA DA EZALTAÇÃO | ALTO RISCO | POSTO DE SAÚDE CAMBÉ | PEGAR NA CASA 981255900 |
| 2 | ACOMP | | | |
| 3 | ACOMP - CRIANÇA DE 5 ANOS (FILHA) | | | |
| 4 | GENI APARECIDA LUDITK | | CARONA | |
| MOTORISTA: | | CLODOALDO | | |
| VEÍCULO: | | SPIN AUTOMATICA | | |



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3140/2019

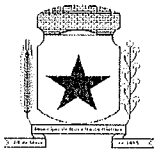
DESTINO:
CORNELIO

DATA:
18/07/2019

SAÍDA:
06:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

| Qtd | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|------------|------------------------|---------------|---------|---------------|
| 1 | ELISA BARBARA DA SILVA | | CAPS II | PEGAR NA CASA |
| 2 | ACOMP | | | |
| MOTORISTA: | | CLODOALDO | | |
| VEÍCULO: | | SANDEIRO | | |



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3141/2019

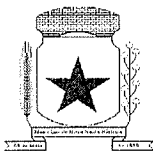
DESTINO:
LONDRINA

DATA:
23/07/2019

SAÍDA:
13:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

| Qtd | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|------------|----------------------------|---------------|-----------|---------------|
| 1 | DANIELE APARECIDA PERZYSBS | CARDIO | ARAPONGAS | PEGAR NA CASA |
| 2 | ACOMP | | | |
| MOTORISTA: | | CLODOALDO | | |
| VEÍCULO: | | SANDEIRO | | |



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3086/2019

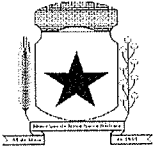
DESTINO:
SANTA MARIANA

DATA:
25/07/2019

SAÍDA:
06:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

| Qtd | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|------------|---------------------------|-----------------|----------------------|----------------------------|
| | LICA ENFERMEIRA | | | PEGAR NA CASA |
| | RAQUEL SPINDOLA | CONS. GESTANTE | HOSPITAL SANTA ALICE | PEGAR NA CASA 991812298 |
| | SILVANA FERREIRA | CONS. GESTANTE | HOSPITAL SANTA ALICE | PEGAR NA CASA 991831500 |
| | BERENICE BARBOSA | CONS. GESTANTE | HOSPITAL SANTA ALICE | PEGAR NA VILA 991421856 |
| | ANGELICA ALMEIDA SILVA | CONS. GESTANTE | HOSPITAL SANTA ALICE | PEGAR NA CASA 991615488 |
| | FERNANDA FERNANDES BIECCO | CONS. GESTANTE | HOSPITAL SANTA ALICE | PEGAR NA CASA 991287194 |
| MOTORISTA: | | CLODOALDO | | |
| VEÍCULO: | | SPIN AUTOMATICA | | |



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3102/2019

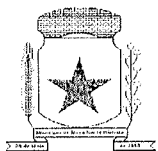
DESTINO:
CORNELIO

DATA:
30/07/2019

SAÍDA:
07:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

| Qtd | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|------------|----------------------|-----------------|--------------------|-------|
| 1 | MARIA JOANA FARMACIA | 18ª REGIONAL | BUSCAR MEDICAMENTO | |
| MOTORISTA: | | CLODOALDO | | |
| VEÍCULO: | | SPIN AUTOMATICA | | |



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3125/2019

DESTINO:
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:
06/08/2019

SAÍDA:
07:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

| Qtd | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|------------|--------------------------------|---------------|-----------|-------|
| 1 | NILZA DE FATIMA P.R. PERZYSBZS | | HUMANITAS | |
| 2 | LOURIVAL VITOR DOS SANTOS | | HUMANITAS | |
| 3 | QUEILCE CRISTIANE R. DE SOUZA | | HUMANITAS | |
| 4 | MARIA EUZA RODRIGUES | | HUMANITAS | |
| 5 | ACOMP | | | |
| MOTORISTA: | | CLODOALDO | | |
| VEÍCULO: | | VAN DA HEMO | | |

6
1970



Emissão de comprovantes

G335120959251505012
12/07/2019 10:02:39

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
12/07/2019 - AUTOATENDIMENTO - 10.02.42
2573902573 SEGUNDA VIA 0002

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: 620.300-0

FAVORECIDO: CLODOALDO SILVESTRE
CPF/CNPJ: 737.682.199-68
VALOR: R\$ 800,00
DEBITO EM: 12/07/2019

=====

DOCUMENTO: 071202
AUTENTICACAO SISBB: F.E01.248.658.138.BA8

Transação efetuada com sucesso por: JB517799 ERIC KONDO.