



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°
4867	07/12/2020	4868	4417/2020	2525/2020	

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 _____
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** **120703** **07/12/2020** **R\$ 800,00**

Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 2525/2020.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

KATIA GARDEVA DOS SANTOS
Escreitora

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 **4417/2020** Emitido em **02/12/2020** Requisição Nº _____ Empenho Nº **2525/2020**

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

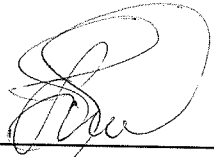
Credor _____
Fornecedor **CLODOALDO SILVESTRE** Matrícula **728-5** CPF/CNPJ **737.682.199-68**
Endereço **RUA ISMAEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **32661389** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência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

Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho _____
08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 800,00
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 a 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

17915-7



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 **2525/2020** Tipo **Ordinário** Emitido em **02/12/2020** 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 **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 anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 52.200,00
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%) Do Exercício	R\$ 51.400,00

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

E. 2525

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº273/2020

PARA: Secretaria de Administração

DATA:02/12/20

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.

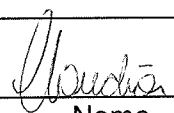
742

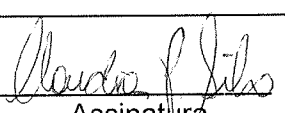
Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Atenciosamente,


Michele Soares de Jesus
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:


Nome


Assinatura

02 / 12 / 20
Data

E 2525/20



PREFEITURA MUNICIPAL NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Cleodivaldo Silvestre</i>	Cargo ou Função: <i>Motociclista</i>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: <i>2525/2020</i> 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
<i>04/12/2020</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>07/12/2020</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>08/12/2020</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>09/12/2020</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>11/12/2020</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>14/12/2020</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL	<i>240,00</i>			<i>PAI = 240,00</i>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				RS

Nome: <i>Cleodivaldo Silvestre</i> Assinatura do Funcionário	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
-----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>04/12/2020</i>	<i>Viajem realizada ?/ Hemodialise em Cornelio Procopio</i>
<i>07/12/2020</i>	<i>Viajem realizada ?/ Hemodialise em Cornelio Procopio</i>
<i>08/12/2020</i>	<i>Viajem ?/ Ultracolor de Londrina, ?/ Juliana de Paulo</i>
<i>09/12/2020</i>	<i>Viajem ?/ Hemodialise em Cornelio Procopio</i>
<i>11/12/2020</i>	<i>Viajem ?/ Hemodialise em Cornelio Procopio</i>
<i>14/12/2020</i>	<i>Viajem ?/ Hemodialise em Cornelio Procopio</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Cláudio Silvestre</i>	Cargo ou Função: <i>Motorista</i>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: <i>2525/2020</i> 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
<i>16/12/2020</i>	<i>4,000</i>			<i>4,000</i>
<i>18/12/2020</i>	<i>4,000</i>			<i>4,000</i>
TOTAL	<i>74 = 80,00</i>			<i>74 = 80,00</i>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				RS

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>16/12/2020</i>	<i>Viagem ?/ Curtop. Cornelio Procopio - Buscar Medicamentos</i>
<i>18/12/2020</i>	<i>Viagem ?/ Hemodialise em Cornelio Procopio</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Cláudio Alberto Silvestre</u>	Cargo ou Função: <u>M. Torista</u>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa: <u>/</u>	Nota de Empenho N°: <u>2525/2020</u> Solicitação N°: <u>/</u>
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM <u>/</u> / <u>/</u> N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: <u>/</u>	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ <u>/</u>	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIARIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
15/03/2021	40,00			40,00
16/03/2021	40,00			40,00
24/03/2021	40,00			40,00
26/03/2021	40,00			40,00
TOTAL	R\$ = 160,00			R\$ = 160,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				RS

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
15/03/2021	Viagem ?/ Londrina Hospital de Obras, P- Adriana Ribeiro
16/03/2021	Viagem ?/ I.C.2 de Londrina, P- João A. Zagorski
24/03/2021	Viagem ?/ Londrina Hospital de Obras, P- Vioneis Goes.
26/03/2021	Viagem ?/ Arnap. Cornélio Procopio, P- Sergio Perussi

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Cleovaldo Gillete</i>	Cargo ou Função: <i>Medicista</i>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: <i>2525/2020</i> Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

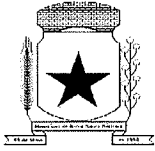
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>08/04/2021</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>09/04/2021</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL	<i>R\$ = 80,00</i>			<i>R\$ = 80,00</i>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

Nome: <i>Cleovaldo Gillete</i> Assinatura do Funcionário	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
-------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>08/04/2021</i>	<i>Viagem P/ reunião em Campo Rico, P. Jovel G.</i>
<i>09/04/2021</i>	<i>Viagem P/ Hmedição em Jovelis P. Rico.</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 4571/2020

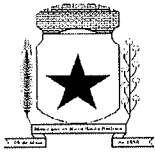
DESTINO:
LONDRINA

DATA:
08/12/2020

SAÍDA:
07:00HR

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JULIANE DE BRITO		ULTRACLIN	
MOTORISTA		CLODOALDO		
VEICULO		SPIN ATOMATICO		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 4570/2020

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
16/12/2020

SAÍDA:
07:30HR

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA JOANA	BUSCAR MEDICAMENTO	REGIONAL	
MOTORISTA		CLODOADO		
VEICULO		AMBULANCIA LARANJA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde


TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 274/2021

DESTINO:
LONDRINA

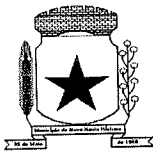
DATA:
15/03/2021

SÁIDA:
05:30HR

RESPONSÁVEL:
valeria

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ADRIANA RIBEIRO	HOSPITAL DE OLHOS		
2	ACOMP			
3	HELENA PIMENTEL			
MOTORISTA		CLODOALDO		
VEICULO		<i>Paulo Robert</i> 		

4. Jyomas Melo Pinheiro - 99163-92-19



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 278/2021

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
16/03/2021

SAÍDA:
11:0 HR

RESPONSÁVEL:
valeria

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JOSE AMILTON ZAGANSKI	ICL	PEGAR NA VILA RURAL	
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 315/2021

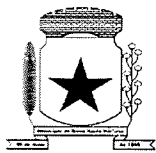
DESTINO:
LONDRINA

DATA:
24/03/2021

SAÍDA:
05:30 HR

RESPONSÁVEL:
valeria

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ARTHUR FELIPE	FISIO		PEGAR NA CASA DA DENISE
2	DENISE	ACOMP		
3	MARCOS GABRIEL GAMARTE	FISIO	PEGAR NA CASA DA BRANCA	
4	GILNARI GAMARTE	ACOMP		
5	FELIPE B. RUY	NEUROLOGISTA		
6	GESSICA L. BITTENCURTE	ACOMP	10893706-8	
7	VIANEIS GOES	HOSPITAL DE OLHO		
8	GESSICA AVELAR BARBOZA	SANTA TEREZINHA	IBIPORA	
9	<i>for. Curatorial Curatorial</i>	<i>Pato Jauk</i>	<i>Beaver</i>	
10	<i>Comp.</i>			
11				
12				
13				
14				
15				
MOTORISTA	CLODOALDO			
VEICULO	VAN			



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 328/2021

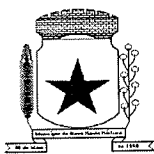
DESTINO:
CORNELIO PROCOPIO

DATA:
26/03/2021

SAÍDA:
06:30

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	CLEIDE GONÇALVES DOS S. RIBEIRO	NEURO	CISNOP	
2	SERGIO PERUSSI	NEURO		PEGAR NA CASA
3	ACOMP			
4	LIZICA DE ALBUQUERQUE ZECHINI	VASCULAR	CISNOP	PEGAR NA CASA
5	ACOMP			
6	JOSE CARLOS RUFINI	VASCULAR	CISNOP	
MOTORISTA		CLODOALDO		
VEICULO		VAN		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 340/2021

DESTINO:
JACAREZINHO

DATA:
30/03/2021

SAÍDA:
04:30

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA DE LOURDES FRANCISCO	CIRURGIA OFTALMO	R: LUIZ VALERIO DOS SANTOS - 97	
2	ACOMP			
MOTORISTA		CLODOALDO		
VEICULO		SPIN		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 352/2021

DESTINO:
SANTA MARIANA

DATA:
01-04-2021

SAÍDA:
05:30

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JEFFERSON DE SOUZA LEOCADIO	UROLOGIA		VAI ESPERAR NO POSTO DE SAIDE
2	ACOMP			
MOTORISTA		CLODOALDO		
VEICULO		SPIN		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 365/2021

DESTINO:
SANTA MARIANA

DATA:
06-04-2021

SAÍDA:
11:00

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MICHELE PEREIRA	GINECOLOGISTA		
2	JAMILY RODRIGUES	GINECOLOGISTA		
3	CRISTIANE	ACOMPANHANTE GESTANTE		
4				
MOTORISTA		CLODOALDO		
VEICULO		ROBUST		



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Cláudio Alberto Silvestre</i>	Cargo ou Função: <i>Medicista</i>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: <i>2525/2020</i> 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
<i>30/03/2021</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>01/04/2021</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>02/04/2021</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>05/04/2021</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>06/04/2021</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>07/04/2021</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL	<i>240,00</i>			<i>240,00</i>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>30/03/2021</i>	<i>Viagem p/ Jacarizinho OF Tabmo, P. Maria L. Francisco</i>
<i>01/04/2021</i>	<i>Viagem p/ Santa Moura Urelândia, P. Jefferson S. Araújo</i>
<i>02/04/2021</i>	<i>Viagem p/ Hemodialise em Parelis Píscopo</i>
<i>05/04/2021</i>	<i>Viagem p/ Hemodialise em Parelis Píscopo</i>
<i>06/04/2021</i>	<i>Viagem p/ Santa Moura Genealogista, P. Michelle Reiva</i>
<i>07/04/2021</i>	<i>Viagem p/ Hemodialise em Parelis Píscopo</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 377/2021

DESTINO:
CORNELIO PROCOPIO

DATA:
08/04/2021

SAÍDA:
06:30

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JORGE GONÇALVES DA SILVA	PNEUMO	NEUROCOR	
2	CRISTOVÃO BRAZ	PNEUMO	NEUROCOR	
3	ACOMP			
4	GEOVANI BARBOSA SOUZA	PNEUMO	NEUROCOR	
5	ACOMP			
6				
MOTORISTA		CLODOALDO		
VEICULO		SPIN		

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
07/12/2020 - AUTOATENDIMENTO - 10.41.00
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: 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: 07/12/2020

=====

DOCUMENTO: 120703
AUTENTICACAO SISBB: B.EFF.880.58D.7A5.7C6

Transação efetuada com sucesso por: JB534388 MICHELE S JESUS.