



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° |
|--------|------------|-------------|---------------|------------|---------------|
| 6550 | 05/09/2019 | 6551 | 6232/2019 | 2582/2019 | |

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 _____

Contributor
 Fornecedor
CLODOALDO SILVESTRE
 Endereço
ISMAEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA
 Cidade/UF
 Nova Santa Bárbara/PR
 CEP
 86250-000
 Fone
 32661389
 Matrícula
 728-5
 CPF/CNPJ
 737.682.199-68
 Bairro
 CENTRO
 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 |
|---|-----------|------------|------------|
| 00308 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 | 090501 | 05/09/2019 | R\$ 800,00 |

Recibo
 Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 2582/2019.

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 **6232/2019** Emitido em **30/08/2019** Requisição Nº _____ Empenho Nº **2582/2019**

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
 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
 2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo à Liquidar
R\$ 0,00

Outras informações _____

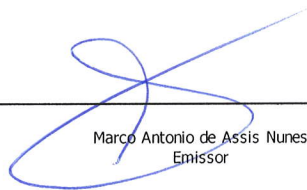
Retenções _____


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.


 Marco Antonio de Assis Nunes
 Emissor


 MICHELE SOARES DE JESUS
 Autorizador

17915-9

Brasão
 do 0057-4
 01 62030-0



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 **2582/2019** Tipo **Ordinário** Emitido em **29/08/2019** Requisição Nº Req. Compra Nº

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 **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**

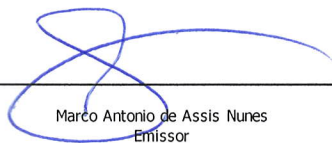
Classificação da despesa

| | | |
|------------------|--|-------------------|
| 08 | Secretaria Municipal de Saúde | Saldo anterior |
| 08.001 | Fundo Municipal de Saúde | R\$ 51.490,60 |
| 10.301.0320.2025 | Manutenção do Fundo Municipal de Saúde | Valor empenhado |
| 3.3.90.14.14.01 | SERVIDORES EFETIVOS | R\$ 800,00 |
| 2490 | 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) | Saldo atual |
| | Do Exercício | R\$ 50.690,60 |

Outras informações

Histórico

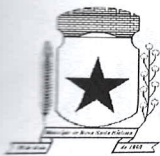
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA CLODOALDO SILVESTRE, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE


Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor


LAURITA DE SOUZA CAMPOS
Contador


MICHELE SOARES DE JESUS

Silvio Rosa de Lima
Contador
CFC PR - 05199610-9
CPF: 711.011.369-87
RG: 5.027.764-0



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº2015/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 29/08/19

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
P - 3285

Atenciosamente,

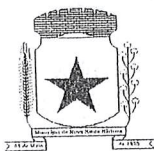

Michele Soares de Jesus
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:

Marco Nunes
Nome


Assinatura

29 / 08 / 19
Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 2582/19
Pg. 05/09
6550.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

| | |
|--|---|
| Funcionário: <u>Cledealdo Filastre</u> | Cargo ou Função: <u>motorista</u> |
| Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa: | Nota de Empenho N°: <u>2582</u> Solicitação N° |
| DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____ | |
| TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____ | |

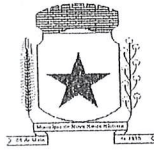
RESUMO DAS DESPESAS

| DATA | DIÁRIA | TRANSPORTE | OUTROS | TOTAL |
|---|------------|------------|--------|--------------|
| 05/09/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 06/09/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 09/09/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 10/09/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 11/09/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 12/09/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| TOTAL | R\$-240,00 | | | R\$ = 240,00 |
| TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver) | | | | R\$ |

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

| DATA | HISTÓRICO DO ITINERÁRIO |
|----------|---|
| 05/09/19 | Viagem ?/ São Jerônimo Serra, Harmonitos, P. Oreste Bico |
| 06/09/19 | Viagem ?/ Hamediaense em Cornélio Procopio. |
| 09/09/19 | Viagem ?/ Hamediaense em Cornélio Procopio. |
| 10/09/19 | Viagem ?/ Amicoys em Cornélio Procopio, P. Pedro Astio. |
| 11/09/19 | Viagem ?/ Hamediaense em Cornélio Procopio. |
| 12/09/19 | Viagem ?/ Araponges João de Freitas, P. Maria H ^ª Silva. |

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

| | |
|---|---|
| Funcionário: <u>Cleovaldo Filizbre</u> | Cargo ou Função: <u>M. Juiz</u> |
| Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa: | Nota de Empenho N°: <u>2582</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 |
|---|--------------|------------|--------|--------------|
| 13/09/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 16/09/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 17/09/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 18/09/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 19/09/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 20/09/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| TOTAL | R\$ = 240,00 | | | R\$ = 240,00 |
| TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver) | | | | R\$ |

| | | |
|---|---|---|
| Nome: <u>Cleovaldo Filizbre</u> Assinatura do Funcionário ___/___/___ | Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário | Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro |
|---|---|---|

| DATA | HISTÓRICO DO ITINERÁRIO |
|----------|---|
| 13/09/19 | Viagem p/ Hemodiálise em família Itacopie. |
| 16/09/19 | Viagem p/ Hemodiálise em família Itacopie. |
| 17/09/19 | Viagem p/ Conselho Itacopie Bishop. T. Dúlio Spolador. |
| 18/09/19 | Viagem p/ Hemodiálise em família Itacopie. |
| 19/09/19 | Viagem p/ Humonitas São Gonçalo Serra. T. Delveira Rosa |
| 20/09/19 | Viagem p/ Hemodiálise em família Itacopie. |

Observações:




PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

| | |
|--|---|
| Funcionário: <i>Clodoaldo Silvestre</i> | Cargo ou Função: <i>motorista</i> |
| Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa: | Nota de Empenho N°: <i>2582</i> Solicitação N° |
| DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____ | |
| TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____ | |

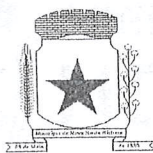
RESUMO DAS DESPESAS

| DATA | DIÁRIA | TRANSPORTE | OUTROS | TOTAL |
|---|----------------|------------|--------|------------------|
| <i>24/09/19</i> | <i>40.00</i> | | | <i>40.00</i> |
| <i>25/09/19</i> | <i>40.00</i> | | | <i>40.00</i> |
| <i>26/09/19</i> | <i>40.00</i> | | | <i>40.00</i> |
| <i>27/09/19</i> | <i>40.00</i> | | | <i>40.00</i> |
| <i>30/09/19</i> | <i>40.00</i> | | | <i>40.00</i> |
| <i>01/10/19</i> | <i>40.00</i> | | | <i>40.00</i> |
| TOTAL | <i>R\$ 240</i> | | | <i>R\$ = 240</i> |
| TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver) | | | | R\$ |

| | | |
|---|--|--|
| Nome: <i>Clodoaldo Silvestre</i> Assinatura do Funcionário _____/_____/_____ | Nome:  Secretário | Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro |
|---|--|--|

| DATA | HISTÓRICO DO ITINERÁRIO |
|-----------------|---|
| <i>24/09/19</i> | <i>Viagem pl humanitas em São Jerônimo da serra - Pac Nader</i> |
| <i>25/09/19</i> | <i>Viagem pl hemodiálise em Cornélio Procopio</i> |
| <i>26/09/19</i> | <i>Viagem hospital dos olhos Jacarezinho, Pac. Margarida Juriko</i> |
| <i>27/09/19</i> | <i>Viagem pl Jacarezinho hospital dos olhos - Pac. Teodoro Meinlio Prates</i> |
| <i>30/09/19</i> | <i>Viagem pl hemodiálise Cornélio Procopio</i> |
| <i>01/10/19</i> | <i>Viagem pl humanitas - Pac. Geraldo José de Freitas</i> |

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

| | |
|--|---|
| Funcionário: <u>Claudio de Jesus</u> | Cargo ou Função: <u>medicina</u> |
| Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa: | Nota de Empenho N°: <u>2582</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 |
|---|-------------|------------|--------|-------------|
| 02/00/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| 03/10/19 | 40,00 | | | 40,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL | R\$ = 80,00 | | | R\$ = 80,00 |
| TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver) | | | | R\$ |

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

| DATA | HISTÓRICO DO ITINERÁRIO |
|----------|--|
| 02/00/19 | Viagem p/ Hemedialse em Correlis P. Jacopo |
| 03/10/19 | Viagem p/ Correlis P. Jacopo ultramed, P. João Maria |
| | |
| | |
| | |

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3223/2019

DESTINO:
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:
05/09/2019

SAÍDA:
07:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

| Ordem | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|------------|----------------------|---------------|-----------|-------|
| 01 | OTAVIO BIECCO | | HUMANITAS | |
| 02 | JESSICA MARIA SANTOS | | HUMANITAS | |
| 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 3244/2019

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
10/09/2019

SAÍDA:
06:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

| Ord | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|------------|-----------------|----------------|----------|---------------|
| 1 | PEDRO LESSI | CONSULTA TRUMA | CLINICOP | |
| 2 | ACOMP | | | PEGAR NA CASA |
| MOTORISTA: | | CLODOALDO | | |
| VEÍCULO: | | AMBULANCIA | | |



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3249/2019

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
12/09/2019

SAÍDA:
05:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

| Ordem | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|-------|--------------------------------------|---------------|------------------|----------------------------|
| 1 | MARIA APARECIDA SILVA (MAE MAURICIO) | CARDIO | ARAPONGAS | PEGAR NA CASA 991571134 |
| 2 | ACOMP | | | |
| 3 | MARIA APARECIDA SILVESTRE | OTORRINO | ARAPONGAS | |
| 4 | EMILLY FARIAS DA SILVA | TOMO | SANTA CASA CAMBÉ | |
| 5 | ACOMP | | | |
| 6 | | | | |

CONDUTORISTA:

CLODOALDO

VEICULO:

SPIN PRETA

Favor! levar o saculo pl Arapongas!
Paciente internado!



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3265/2019

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
17/09/2019

SAÍDA:
06:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

| Ordem | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|-------|--|----------------------|-------------------|----------------------|
| 1 | ORELIO SPOLAOR | RX+ECG | CISNOP | <i>Pegar na casa</i> |
| 2 | ACOMP - ESPERAR NO TREVO DE STA CECILIA DO PAVÃO | IRACEMA 996975056 | | PEGAR NA CASA |
| 3 | JUDITH SILVESTRE GOBBO | RX+TRAUMA | ULTRAMED+CLINICOP | PEGAR NA CASA |
| 4 | SERGIO SILVESTRE GOBBO | URO | UROCLIN | |
| 5 | NADIR PERTEL SCHULTAIS | RX | ULTRAMED | PEGAR NA CASA |
| 6 | ACOMP | | | |

| | |
|---------------|-----------------|
| CONDUTORISTA: | 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 3275/2019

DESTINO:
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:
19/09/2019

SAÍDA:
07:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

| Ordem | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|---------------|----------------------------|---------------|-----------|---------------|
| 01 | DELVIRA ROSA DE JESUS REIS | DERMATO | HUMANITAS | PEGAR NA CASA |
| 02 | ACOMP | | | |
| CONDUTORISTA: | CLODOALDO | | | |
| VEICULO: | SPIN AUTOMATICA | | | |



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3316/2019

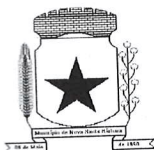
DESTINO:
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:
24/09/2019

SAÍDA:
07:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

| Ord | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|------------|------------------------------|-----------------|-----------|---------------|
| 1 | NADIR PERTEL SCHULTAIS | DERMATO | HUMANITAS | PEGAR NA CASA |
| 2 | ACOMP | | | |
| 3 | IAROLDO CORREIA DA EZALTAÇÃO | DERMATO | HUMANITAS | |
| MOTORISTA: | | CLODOALDO | | |
| VEICULO: | | SPIN AUTOMATICA | | |



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3300/2019

DESTINO:
JACAREZINHO

DATA:
26/09/2019

SAÍDA:
04:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

| Qtd | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|------------|--------------------------|-------------------|----------------|----------------------------|
| 1 | MARGARIDA YURIKO MARTINS | RETORNO CIRURGICO | HOSPITAL OLHOS | PEGAR NA CASA 991844700 |
| 2 | ACOMP | | | |
| MOTORISTA: | | CLODOALDO | | |
| VEÍCULO: | | FIAT TORO | | |



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3305/2019

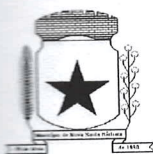
DESTINO:
JACAREZINHO

DATA:
27/09/2019

SAÍDA:
04:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

| Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|-------------------------|---------------|----------------|----------------------------|
| TEODORO MARINHO PRESTES | RET. CIRURGIA | HOSPITAL OLHOS | PEGAR NA CASA 991748635 |
| ACOMP | | | |
| MARGARIDA YURIKO | RET. CIRURGIA | HOSPITAL OLHOS | PEGAR NA CASA 991844700 |
| ACOMP | | | |
| MOTORISTA: | | JOSE WILSON | |
| VEICULO: | | SPIN PRETA | |



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3315/2019

DESTINO:
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:
01/10/2019

SAÍDA:
07:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

| Ord | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|------------|----------------------------|--------------------|-----------|-------|
| 1 | FLAVIO PIMENTA DA SILVA | | HUMANITAS | |
| 2 | PATRICIA M. PEREIRA SANTOS | | HUMANITAS | |
| 3 | GERALDO JOSE DE FREITAS | | HUMANITAS | |
| 4 | ARLETE GONCALVES ALMEIDA | | HUMANITAS | |
| 5 | WALDERLY APARECIDO LUDITK | | HUMANITAS | |
| 6 | OTAVIO BIECCO | | HUMANITAS | |
| 7 | MARIA SOLANGE DA SILVA | | HUMANITAS | |
| MOTORISTA: | | CLODOALDO | | |
| VEICULO: | | VAN DA HEMODIALISE | | |



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3324/2019

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
03/10/2019

SAÍDA:
06:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

| Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|---------------------|---------------|----------|---------------|
| JOAO MARIA ZAGANSKI | TOMO | ULTRAMED | PEGAR NA CASA |
| ACOMP | | | |
| ACOMP | | | |
| CONDUTOR: | CLODOALDO | | |
| VEICULO: | AMBULANCIA | | |

MORA ATRAS DO POSTO DE SAUDE

**Emissão de comprovantes**

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/09/2019 - AUTOATENDIMENTO - 08.49.42
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: 05/09/2019

=====

DOCUMENTO: 090501
AUTENTICACAO SISBB: 5.C4C.8A2.7AB.32A.939

Transação efetuada com sucesso por: JB534388 MICHELE S JESUS.