



# 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

<b>Número</b> 7534	<b>Data</b> 11/10/2019	<b>Previsão N°</b> 7574	<b>Liquidação N°</b> 7135/2019	<b>Empenho N°</b> 2871/2019	<b>Requisição N°</b>
-----------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------

**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**  
 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**  
 00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 Documento: 101101 Data: 11/10/2019 Valor: R\$ 800,00

**Recibo**  
 Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 2871/2019.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nova Santa Bárbara, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

  
 \_\_\_\_\_  
 KATIA GARDÊNIA DOS SANTOS  
 Tesoureira

  
 \_\_\_\_\_  
 MICHELE SOARES DE JESUS



# 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 **7135/2019** Emitido em **01/10/2019** Requisição N° \_\_\_\_\_ Empenho N° **2871/2019**

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

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

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 \_\_\_\_\_  
 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

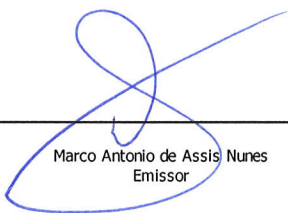
Outras informações \_\_\_\_\_

Retenções \_\_\_\_\_  
 Total de retenções \_\_\_\_\_  
 R\$ 0,00

Valor líquido \_\_\_\_\_  
**R\$ 800,00**

Remissor que autorizou a liquidação \_\_\_\_\_  
**MICHELE SOARES DE JESUS**

Observações:  
 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

Brudero  
 020 057-4  
 01 620300-0



## 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 N°	Req. Compra N°
2871/2019	Ordinário	01/10/2019		

Licitação	Número							
Tip								
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		CPF/CNPJ			
Prestador	728-5		737.682.199-68			
CLODOALDO SILVESTRE			CENTRO			
Endereço			Bairro			
RUA ISMAEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA			CENTRO			
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\$ 44.890,60
08.001 Fundo Municipal de Saúde	
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\$ 44.090,60

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 ALMEIDA  
Contador - CRC: 046096

MICHELE SOARES DE JESUS



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

## CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº233/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 01/10/19

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.

Atenciosamente,

  
**Michele Soares de Jesus**  
Secretária Municipal de Saúde

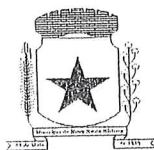
C- 2490  
F- 7285

Recebido por: \_\_\_\_\_

Nome

  
Assinatura

01 / 10 / 19  
Data



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

OK

E 2871/19  
P8 11/10  
7534.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Clevaldo Silvestre</i>	Cargo ou Função: <i>Motorista</i>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: <i>2871</i> Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ___/___/___ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

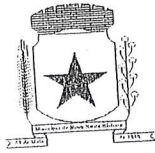
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>04/10/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>07/10/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>08/10/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>09/10/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>10/10/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>11/10/19</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL	<i>R\$ = 240,00</i>			<i>R\$ 240,00</i>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ _____

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>04/10/19</i>	<i>Viagem ?/ Hemodialise em Canelas Itapicuru.</i>
<i>07/10/19</i>	<i>Viagem ?/ Hemodialise em Canelas Itapicuru.</i>
<i>08/10/19</i>	<i>Viagem ?/ Assai BR, Saúde, ?- Maria da Silva.</i>
<i>09/10/19</i>	<i>Viagem ?/ Hemodialise em Canelas Itapicuru.</i>
<i>10/10/19</i>	<i>Viagem ?/ São Jerônimo Serra, Humaitá, ?- Joo - B.</i>
<i>10/10/19</i>	<i>Viagem ?/ Hemodialise em Canelas Itapicuru.</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Robaldo Ribeiro</u>	Cargo ou Função: <u>Medicista</u>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: <u>2870</u> Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

RESUMO DAS DESPESAS

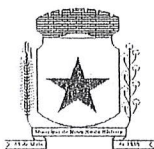
DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
14/10/19	40,00			40,00
15/10/19	40,00			40,00
16/10/19	40,00			40,00
17/10/19	40,00			40,00
18/10/19	40,00			40,00
21/10/19	40,00			40,00
TOTAL	240,00			240,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

Nome: <u>Robaldo Ribeiro</u> Assinatura do Funcionário	Nome: <u>[Assinatura]</u> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	---

HISTÓRICO DO ITINERÁRIO

DATA	DESCRIÇÃO
14/10/19	Viagem p/ Hemodiálise em Carélio Itapóia.
15/10/19	Viagem p/ São Jerônimo Serra, Hunoritos p- Glórias
16/10/19	Viagem p/ Hemodiálise em Carélio Itapóia.
17/10/19	Viagem p/ Caspary Carélio Itapóia p- Adriana, Luz
18/10/19	Viagem p/ Hemodiálise em Carélio Itapóia.
21/10/19	Viagem p/ Hemodiálise em Carélio Itapóia.

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Clodoaldo Nilsen</u>	Cargo ou Função:
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: <u>2871</u> Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____ / ____ / ____ N° DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

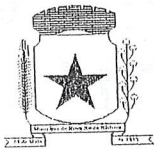
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
22/10/19	40,00			40,00
23/10/19	40,00			40,00
24/10/19	40,00			40,00
25/10/19	40,00			40,00
27/10/19	40,00			40,00
30/10/19	40,00			40,00
TOTAL	<del>240,00</del> = 240,00			R\$ - 240,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
22/10/19	Viagem p/ São Jerônimo Serra Harmoniza P. Maria B.
23/10/19	Viagem p/ Hemodiálise em Canelas Próprio.
24/10/19	Viagem p/ Londrina Incol. P/ João Estevão Silva.
25/10/19	Viagem p/ Hemodiálise em Canelas Próprio.
27/10/19	Viagem p/ Hemodiálise em Canelas Próprio.
30/10/19	Viagem p/ Hemodiálise em Canelas Próprio.

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Clodoaldo Silvestre</u>	Cargo ou Função: <u>medicista</u>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Ncta de Empenho N°: <u>2871</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
01/11/19	40,00			40,00
04/11/19	40,00			40,00
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
01/11/19	Viagem à Hemodiálise em família Própria;
04/11/19	Viagem à Hemodiálise em família Própria

Observações:





PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3420/2019**

DESTINO:  
ASSAI

DATA:  
08/10/2019

SAÍDA:  
14:30H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	PEGAR EXAMES DE USG		BR+SAUDE	
2	MARIA DA SILVA	USG	BR+SAUDE	
3	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO:		SANDEIRO		

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3349/2019**

DESTINO:  
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:  
10/10/2019

SAÍDA:  
07:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

7	ACOMP			
8	FABIANA MAINARDES LOURENÇO		HUMANITAS	
9	ACOMP		HUMANITAS	
10	JOSE BATISTA DOS SANTOS			
11	DELVIRA ROSA DE JESUS REIS			PEGAR NA CASA
12	ACOMP			
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 3363/2019**

DESTINO:  
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:  
15/10/2019

SAÍDA:  
07:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	DULCINEIDE PEREIRA DOS SANTOS		HUMANITAS	
2	ADEMILTON SILVA NOGUEIRA		HUMANITAS	
3	ELIAS LEAL SUTIL		HUMANITAS	
4	IZAQUEL DIOGO ITO		HUMANITAS	
5	ALESSANDRA DA SILVA MARIANO		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 3375/2019**

DESTINO:  
CORNELIO

DATA:  
17/10/2019

SAÍDA:  
06:30H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ELIZABETH RUFINO DOS SANTOS	RX	ULTRAMED	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	ADRIANA DE LOURDES ABRIL		CISNOP	POSTO
4	ACOMP			
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 3421/2018**

DESTINO:  
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:  
22/10/2019

SAÍDA:  
07:00

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	EVERALDO SILVA		HUMANITAS	
2	MARIA BENVINDA DE CARVALHO		HUMANITAS	PEGAR NA CASA
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO:		SPIN PRETA		

**SENHOR MOTORISTA, FAVOR VERIFICAR SE EXISTEM  
PACIENTES NA RODOVIÁRIA!**



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3422/2019**

DESTINO:  
LONDRINA

DATA:  
24/10/2019

SAÍDA:  
08:30H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ROSALINA OLIVEIRA TRINDADE	991037802	DR. FASOLO	PEGAR NA CASA
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 33.08/2019

DESTINO:  
LONDRINA

DATA:  
24/10/2019

SAÍDA:  
09:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	DIRCE AYALA VERTODO	TRATAMENTO HIPERBARICO	SANTA CASA	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	JOAO ESTEVES SILVA	INCOR		PEGAR NA CASA 991770923
4	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		FIAT TORO		



## Emissão de comprovantes

G338111005306777010  
11/10/2019 10:10:55

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
11/10/2019 - AUTOATENDIMENTO - 10.10.57  
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: 11/10/2019

=====

DOCUMENTO: 101101  
AUTENTICACAO SISBB: 8.29D.5C8.85B.17E.2A2

Transação efetuada com sucesso por: JB534388 MICHELE S JESUS.