



# 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 Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
3	06/01/2020	24	8986/2019	3593/2019	

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: \_\_\_\_\_  
Nome: **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 **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	010604	06/01/2020	R\$ 800,00

Recibo: Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 3593/2019.

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

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

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

\_\_\_\_\_  
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

Nome: **3586/2019** Emitido em: **16/12/2019** Requisição Nº: \_\_\_\_\_ Empenho Nº: **3593/2019**

Localização: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_  
Tipo: \_\_\_\_\_  
Sem licitação

Contrato/Aditivo: \_\_\_\_\_  
Assinatura Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

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

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

Cidade: **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 do empenho
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 800,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde	
10 301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 800,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	
2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	R\$ 0,00

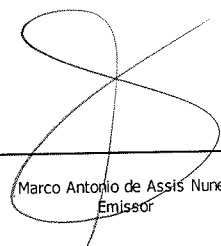
Outras informações: \_\_\_\_\_

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

*Braderio  
av 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

**2593/2019** Tipo: **Ordinário** Emitido em: **16/12/2019** Requisição Nº: \_\_\_\_\_ Req. Compra Nº: \_\_\_\_\_

Classificação: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

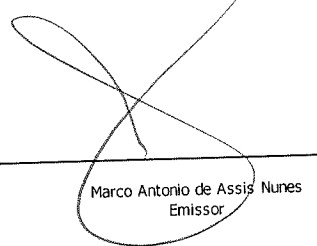
Classificador/Aditivo: \_\_\_\_\_ Aditivo: \_\_\_\_\_ Início da vigência: \_\_\_\_\_ Fim da vigência: \_\_\_\_\_ Fim da vig. atualizada: \_\_\_\_\_ Início da execução: \_\_\_\_\_ Fim da execução: \_\_\_\_\_ Fim da exe. atualizada: \_\_\_\_\_  
 Descrição: **Contrato**

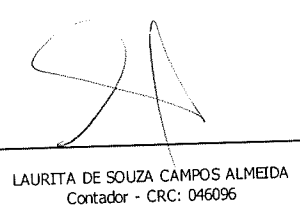
Credor: **CLODOALDO SILVESTRE** Matrícula: **728-5** CPF/CNPJ: **737.682.199-68**  
 Endereço: **RUA ISMAEL MODESTO DE PINHO, 560 - CASA** Bairro: **CENTRO**  
 Cidade/UF: **Nova Santa Bárbara/PR** CEP: **86250-000** Fone: **32661389** Tipo de conta bancária: **Conta Corrente** Banco: **237** Agência: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

Classificação da despesa		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 28.450,60
08.001	Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
10.301.0320.2025	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	<b>R\$ 800,00</b>
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS	Saldo atual
2490	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Do Exercício	<b>R\$ 27.650,60</b>

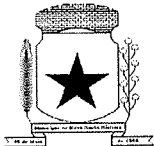
Outras informações: \_\_\_\_\_

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

Nº297/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 16/12/19

**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,

C - 2590  
F - 7285

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

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

Nome

  
Assinatura

16/12/19  
Data





PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

**DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO**

Funcionário: <i>Cláudio Silveira</i>	Cargo ou Função: <i>Médico</i>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: 3593 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
12/02/2020	40,00			40,00
13/02/2020	40,00			40,00
14/02/2020	40,00			40,00
17/02/2020	40,00			40,00
18/02/2020	40,00			40,00
19/02/2020	40,00			40,00
<b>TOTAL</b>	<b>240,00</b>			<b>240,00</b>
<b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b>				<b>RS</b>

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
12/02/2020	Viajem p/ Hemodiálise em Cornélio Procopio.
13/02/2020	Viajem p/ Promoção de Saúde p/ Sorocaba S. do Silveira.
14/02/2020	Viajem p/ Hemodiálise em Cornélio Procopio.
17/02/2020	Viajem p/ Hemodiálise em Cornélio Procopio.
18/02/2020	Viajem p/ 5ª moradia Hospital Municipal p/ Elson Dias.
19/02/2020	Viajem p/ Hemodiálise em Cornélio Procopio.

Observações:





PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

## DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Cláudio Nélson</i>	Cargo ou Função: <i>Médico</i>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho Nº: 3593 Solicitação Nº
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ Nº DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

### RESUMO DAS DESPESAS

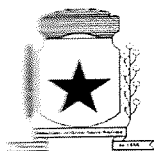
DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>03/03/2020</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
<i>04/03/2020</i>	<i>40,00</i>			<i>40,00</i>
TOTAL	<i>R\$ = 80,00</i>			<i>R\$ = 80,00</i>
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>03/03/2020</i>	<i>Viagem p/ São Jerônimo para Hemorroidas - Mauro Soares</i>
<i>04/03/2020</i>	<i>Viagem p/ Hospital do Câncer em Maringá</i>

Observações:





PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3643/2020**

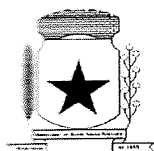
DESTINO:  
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:  
21/01/2020

SAÍDA:  
07:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JOSIANE DA SILVA			
2	JORGE LUIZ DA SILVA			
3	MARYA EDUARDA APA SAMPAIO			
4	ACOMP			
5	JAMILLE FRANCIELE DE SOUZA			
6	ACOMP			
7	MARIA APA TRINDADE			
8	HELTON DE SOUZA			
9	ANDREA DOS REIS BITTENCOURT			
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 3657/2020**

DESTINO:  
SÃO JERONIMO DA SERRA

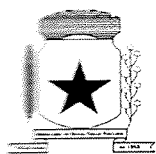
DATA:  
23/01/2020

SAÍDA:  
07:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	NAIR PEREIRA CORSINO	HUMANITAS		
2	ACOMP			
MOTORISTA		CLODOALDO		
VEICULO:		SANDERO		

**BOA VIAGEM DEUS ABENÇÕE**



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

## Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3720/2020**

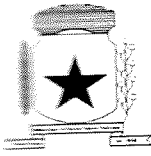
DESTINO:  
CORNELIO/SANTA MARIANA

DATA:  
11/02/2020

SAÍDA:  
10:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Ordem	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LUBELIA BRAS DA SILVA		NEFRONOR	PEGAR NA CASA
2	ROSELI MARQUES		SANTA MARIANA	POSTO
3	ELISANGELA DIAS		SANTA MARIANA	POSTO
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO		FIAT TORO		



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3731/2020**

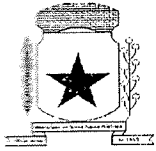
DESTINO:  
ARAPONGAS

DATA:  
13/02/2020

SAÍDA:  
05:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Ordem	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	SARAFINA CIRINO DA SILVA	RETORNO CIRURGICO	JOAO DE FREITAS	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
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 3749/2020**

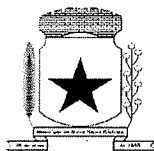
DESTINO:  
SANTA MARIANA

DATA:  
18/02/2020

SAÍDA:  
10:30H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
	ROSELI MARQUES		HOSP. SANTA ALICE	POSTO
	ELISANGELA DIAS		HOSP. SANTA ALICE	POSTO
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEICULO		VAN ADESIVADA		



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3774/2020**

DESTINO:  
CORNELIO

DATA:  
27/02/2020

SAÍDA:  
10:30H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LUBELIA BRAZ	HEMO	NEFRONOR	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 3785/2018**

DESTINO:  
SÃO JERONIMO DA SERRA

DATA:  
03/03/2020

SAÍDA:  
07:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LUIS CARLOS PEREIRA		HUMANITAS	
2	MAURO SOARES		HUMANITAS	PEGAR NA CASA
3	VANESSA DOS SANTOS		HUMANITAS	
4	LAURO HENRIQUE (COLO)		HUMANITAS	
5	RONALD V. SILVA NUNES		HUMANITAS	
6	ACOMP			
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		FIAT TORO		

**FAZER EM DUAS VIAGENS**



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3790/2020**

DESTINO:  
MARINGA

DATA:  
04/03/2020

SAÍDA:  
04:00H

RESPONSÁVEL:  
BRUNA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	SERGIO PEREIRA NUNES	CIRURGIA ORTOPEDICA	HOSPITAL DO CANCER DE MARINGA - AV. DR. LUIZ TEIXEIRA MENDES 1763 ZONA 05	PEGAR NA CASA 991788586
MOTORISTA:		CLODOALDO		
VEÍCULO:		AMBULANCIA (PEQUENA)		



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
06/01/2020 - AUTOATENDIMENTO - 10.53.14  
2573902573 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS

AGENCIA: 2573-9 CONTA: 17.915-9

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

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: 06/01/2020

DOCUMENTO: 010604

AUTENTICACAO SISBB: D.EE9.D07.DF7.308.44B