



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

Requisição Nº	Empenho Nº	Liquidação Nº	Previsão Nº	Data
31	120/2019	79/2019	31	30/01/2019

Localização: _____
 Número: _____
 Sem licitação

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

Credor/Pagador	Matrícula	CPF/CNPJ
DARCY MOREIRA BRANCO	868-1	796.155.549-87
Endereço: ZACARIAS LEMES GONCALVES, 202 - CASA		Bairro: CENTRO
Cidade/UF: Nova Santa Bárbara/PR	CEP: 86250-000 Fone: 4332661142	Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 237 Agência: 574 Conta: 500285-0

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\$ 200,00**

Outras informações: _____

Retenções: _____
Total de retenções R\$ 0,00
Valor líquido R\$ 200,00

Recursos	Documento	Data	Valor
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Conta bancária 749850 - BB - SUS - Fundo Saúde - 013005	30/01/2019	R\$ 200,00

Recibo: Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Duzentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 120/2019.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

 KATIA GARBENA DOS SANTOS
 Resolvente

 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 **79/2019** Entido em **03/01/2019** Requisição Nº _____ Empenho Nº **120/2019**

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 **DARCY MOREIRA BRANCO** Matrícula **868-1** CPF/CNPJ **796.155.549-87**
 Endereço **ZACARIAS LEMES GONCALVES, 202 - CASA** Bairro **CENTRO**
 Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661142** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **574** Conta **500285-0**

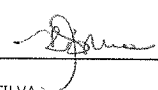
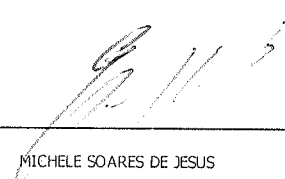
Classificação da despesa
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho
08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 200,00
10 301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 200,00
2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo à Liquidar
R\$ 0,00

Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções
R\$ 0,00
Valor líquido
R\$ 200,00

Servidor que autorizou a liquidação
37141 - MICHELE SOARES DE JESUS

Histórico
 DECLARAMOS QUE OS SERVIÇOS/OBRAS/MATERIAIS A QUE SE REFERE ESTA LIQUIDAÇÃO FORAM RECEBIDAS PELA ADMINISTRAÇÃO.



7498-5

ROSEMEIRE LUIZ DA SILVA Emissor
 MICHELE SOARES DE JESUS

Presidente
 org 057-4
 C/ 620285-3



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 120/2019 **Tipo** Ordinário **Emitido em** 03/01/2019 **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**

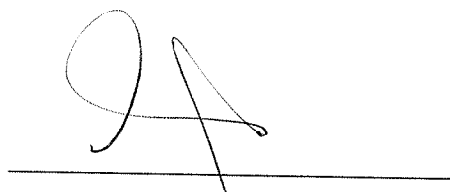
Credor
Fornecedor DARCY MOREIRA BRANCO **Matrícula** 868-1 **CPF/CNPJ** 796.155.549-87
Endereço ZACARIAS LEMES GONCALVES, 202 - CASA **Bairro** CENTRO
Cidade/UF Nova Santa Bárbara/PR **CEP** 86250-000 **Fone** 4332661142 **Tipo de conta bancária** Conta Corrente **Banco** 237 **Agência** 574 **Conta** 500285-0

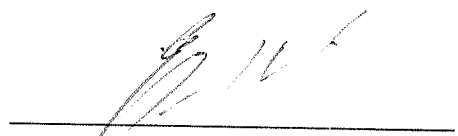
Classificação da despesa
 08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo anterior**
 08.001 Fundo Municipal de Saúde **R\$ 101.500,00**
 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Valor empenhado**
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 200,00**
 2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) **Saldo atual**
 Do Exercício **R\$ 101.300,00**

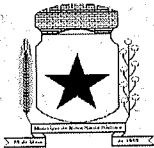
Outras informações

Histórico
 ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA DARCY MOREIRA BRANCO, PARA CUSTEAR DESPESAS, EM VIAGEM A CIDADE DE CURITIBA-PR, NO DIA 15 DE JANEIRO DE 2019, PARA LEVAR A PACIENTE GISLAINE DOS SANTOS, QUE PASSARÁ POR RETORNO CIRURGICO NO HOSPITAL ANGELINA CARON.


 Marco Antônio de Assis Nunes
 Emissor


 LAURITA DE SOUZA CAMPOS
 Contador


 MICHELE SOARES DE JESUS



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº011/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA03/01/2019

ASSUNTO: Solicitação de diária

Mediante autorização desta Secretaria Municipal de Saúde solicito o empenho e pagamento de uma diária no **valor total de R\$200,00 (Duzentos Reais)**, para o Servidor **Darcy Moreira Branco** qual levara os paciente para realização retorno cirurgico. Informo que o Servidor sairá de Nova Santa Bárbara no dia **15/01/2019 às 22:00 horas** e retornando no dia seguinte.

Paciente: Gislaine dos Santos

Hospital: Angelina Caron (Curitiba) PR

Especialidade: Retorno cirurgico; (Trasplante de rin)

Horario :07:00 horas

Paciente Rosenilda Oliveira Ferreira

Hospital > Angelina Caron (Curitiba)

Especialidade : Internamento Cirurgia Breatrica

Horario: 05 horas da manha

Paciente : Gabriela Roberta , Erica Batista

Alta Hospitalar após realizar cirurgia Breatrica nos Hospital Agelina Caron .

Atenciosamente,


Michele Soares de Jesus

Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome

Assinatura

Data

03 / 01 / 19



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2312/2018

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
15/01/2019

SAÍDA:
22:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	GABRIELA ROBERTA	991737092	PENSÃO IDEAL	SÓ VOLTA
2	ACOMP			
3	ERIKA BATISTA DA SILVA		PENSÃO IDEAL	SO VOLTA
4	ACOMP			
5	GISLAINE DOS ANJOS	991855988	ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA
6	TANIA MARIA MATHIAS	991361323		PEGAR NA CASA
7	ROSENIDA DE OLIVERA FERREIRA	INTERNAÇÃO 991569246	ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA
MOTORISTA:		DARCY		
VEÍCULO:		SPIN PRETA		



SOCIEDADE
HOSPITALAR
ANGELINA CARON

À RECEPÇÃO NEFROLOGIA

FAVOR AGENDAR CONSULTA/RETORNO NO
AMBULATÓRIO DE TRANSPLANTES.

PACIENTE: Julaine dos Anjos

DATA APROXIMADA: 19/01/19

Res
Dr. Rodrigo Theodoro Belila
Medicina Interna - Nefrologia
CRM-PR 22019

ASSINATURA CARIMBO

Este não tem validade como agendamento, agende sua
consulta na recepção ou pelo fone (41) 3679-8262.



SOCIEDADE
HOSPITALAR
ANGELINA CARON

À RECEPÇÃO NEFROLOGIA

FAVOR AGENDAR CONSULTA/RETORNO NO
AMBULATÓRIO DE TRANSPLANTES.

PACIENTE: Julaine dos Anjos


DATA APROXIMADA: 19/01/19

Res
Dr. Rodrigo Theodoro Belila
Medicina Interna - Nefrologia
CRM-PR 22019

ASSINATURA CARIMBO

* Este não tem validade como agendamento, agende sua
consulta na recepção ou pelo fone (41) 3679-8262.

993569246

 Sociedade Hospitalar
Angelina Caron
SUS - Sistema Único de Saúde
SESA - Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

Serviço de Cirurgia Bariátrica

Declaro que para os devidos fins, que a paciente Rosenida de Oliveira Ferreira possui Procedimento cirúrgico agendado para o dia 16/01/2019 Na especialidade de Cirurgia Bariátrica.

O paciente deve seguir as seguintes orientações:

Horário de internação: 05:00hrs da manhã no setor de Internamentos e Visitas, próximo a Hemodinâmica

Documentos: Rg, CPF e Cartão SUS

Seguir a dieta que a nutricionista orientou, e a partir das 22hrs do dia anterior a cirurgia iniciar o jejum absoluto

No caso de mulheres, a paciente não obtenha laqueadura, deve trazer exame de gravidez (beta HCG).

O uso de meia e cinta é obrigatório

Atenciosamente, Equipe Gastroplastia Brasil.

Equipe Gastroplastia Brasil

Dr. Wilson Paulo dos Santos

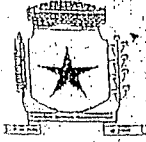
Contato:

(41) 3513-3944 - Keila/Margarete/Andrey

gastroplastiabrasilsus@gmail.com



Gastroplastia
B R A S I L



PREFEITURA MUNICIPAL NOVA SANTA BARBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <u>Darys Jansen Franca</u>		Cargo ou Função: <u>Motista</u>
Orgão:	Nota de Empenho N°:	
Unidade Administrativa:	Solicitação N°:	
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM <u>1/1</u>		
N° DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____		
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____		

RESUMO DAS DESPESAS

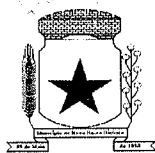
DATA	DIARIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
15/10/19	20000			
TOTAL	20000			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 20000

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

HISTÓRICO DO ITINERÁRIO

DATA	DESCRIÇÃO
15/10/19	Viagem realizada Curitiba ao Hospital Angelina Carbon paciente Gerlain dos Santos Rodemida D. Almeida e na presença Gabriella e Erika
	C.V. n° 2312/2018

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2312/2018

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
15/01/2019

SAÍDA:
22:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	GABRIELA ROBERTA	991737092	PENSÃO IDEAL	SÓ VOLTA
2	ACOMP			
3	ERIKA BATISTA DA SILVA		PENSÃO IDEAL	SÓ VOLTA
4	ACOMP			
5	GISLAINE DOS ANJOS	991855988	ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA
6	TANIA MARIA MATHIAS	991361323		PEGAR NA CASA
7	ROSENIDA DE OLIVERA FERREIRA	INTERNAÇÃO 991569246	ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA

MOTORISTA:

DARCY

VEÍCULO:

SPIN PRETA

SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
30/01/2019 - AUTOATENDIMENTO - 10.26.23
573902573 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
DOC ELETRONICO
CLIENTE: PM NOVA S BARBARA - EC 29
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 7.498-5
QUALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE
DEBITANTE : PM NOVA S BARBARA - EC 29
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0057-4 - ASSAI
CONTA: 620.285-3
SOLICITADO: DARCY MOREIRA BRANCO
CPF/CNPJ: 796.155.549-87
VALOR: R\$ 200,00
DEBITO EM: 30/01/2019
DOCUMENTO: 013005
AUTENTICACAO SISBB: A.3B1.49A.69A.6AF.893