



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°
4146	18/08/2022	4155	3909/2022	2416/2022	

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 _____ Matrícula _____ CPF/CNPJ _____

DARCY MOREIRA BRANCO 868-1 796.155.549-87

Endereço _____ Bairro _____
RUA JULIO PEREIRA EVANGELISTA, 282 - CASA QD3 LT07

Cidade/UF _____ CEP _____ Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Nova Santa Bárbara/PR 86250-000 43991056172 Conta Corrente 237 57-4 620285-3

Classificação da despesa _____
2710 08 Secretaria Municipal de Saúde

08.001 Fundo Municipal de Saúde

10.301.0330.2024 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

Servidor que autorizou o pagamento _____
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Recursos	Documento	Data	Valor
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303	081804	18/08/2022	R\$ 800,00

Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 2416/2022.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____


KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tesoureira


ROSANA RUY DE SOUZA



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 **3909/2022** Emitido em **15/08/2022** Requisição N° _____ Empenho N° **2416/2022**

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 **RUA JULIO PEREIRA EVANGELISTA, 282 - CASA** Bairro **QD3 LT07**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **43991056172** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620285-3**

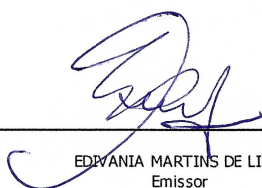
Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho
08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 800,00
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 800,00
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo à Liquidar
R\$ 0,00

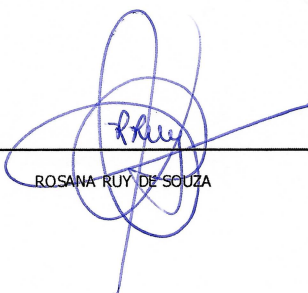
Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções
R\$ 0,00
Valor líquido
R\$ 800,00

Servidor que autorizou a liquidação _____
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Histórico _____
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA DARCY MOREIRA BRANCO, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.


EDIVANIA MARTINS DE LIMA
Emissor


ROSANA RUY DE SOUZA



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 **2416/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **15/08/2022** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

Licitação _____ Tipo _____ 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 **RUA JULIO PEREIRA EVANGELISTA, 282 - CASA** Bairro **QD3 LT07**
 Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **43991056172** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620285-3**

Classificação da despesa		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	
08.001	Fundo Municipal de Saúde	R\$ 39.990,00
10.301.0330.2024	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS	R\$ 800,00
2710	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Do Exercício	R\$ 39.190,00

Outras informações _____

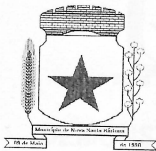
Histórico _____
 ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA DARCY MOREIRA BRANCO, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

EDIVANIA MARTINS DE LIMA
 Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
 Contador - CRC: 046096

ROSANA RUY DE SOUZA

Recebido em _____ Nome _____ Data _____



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 264/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 15/08/22

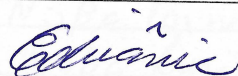
ASSUNTO: Solicitação de Diária Motorista

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, **Darcy Moreira Branco** haja vista que as viagens são realizadas fora do Município.

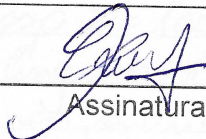
Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.


Rosana Ruy da Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:



Nome



Assinatura

15 / 08 / 22

Data



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

E 2416
18/18/02
no 4

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Darcy Aparecido Branco</i>	Cargo ou Função: <i>Motorista</i>
Orgão: Secretaria Municipal de Saúde Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: ____/____/____ NUMERO DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: _____	

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
15/08/22	4000 ✓			
16/08/22	3000 ✓			
17/08/22	4000 ✓			
18/08/22	4000 ✓			
19/08/22	4000 ✓			
22/08/22	4000 ✓			
23/08/22	4000 ✓			
24/08/22	2000 ✓			
25/08/22	4000 ✓			
26/08/22	4000 ✓			
29/08/22	4000 ✓			
30/08/22	4000 ✓			
TOTAL	7000			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				700.00

RESUMO DAS DESPESAS

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
15/08/22	NSB Londrina Vasculares CVn: 1159/22
16/08/22	NSB Curitiba Hosp. do Trabalhador CVn: 1160/22
17/08/22	NSB Londrina Hosp. HU, tisió CVn: 1169/22
18/08/22	NSB Londrina tisió + Exame CVn: 1174/22
19/08/22	NSB Itaipava Hosp. St. Terezinha CVn: 1185/22
22/08/22	NSB Cassai Climax CVn: 1194/22
23/08/22	NSB Cornélio Hosp. St. Casa CVn: 1207/22
24/08/22	NSB Curitiba Angelina Ronon Hosp CVn: 1204/22
25/08/22	NSB Cornélio Hosp. Londrina tisió H. Evang. CVn: 1222/22
26/08/22	NSB Londrina SAS Ultraclin CVn: 1225/22
29/08/22	NSB Londrina Hosp. St. Casa CVn: 1242/22
30/08/22	NSB Londrina Vasculares Itaipava H. St. Terezinha CVn: 1245/22



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Darcy Faelino Branco</i>	Cargo ou Função: <i>Motorista</i>
Órgão: Secretaria Municipal de Saúde Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
DESPESA REALIZADA COM RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: ____/____/____ NUMERO DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: _____	

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>31/08/22</i>	<i>4000</i> ✓			
<i>03/09/22</i>	<i>4000</i> ✓			
<i>02/09/22</i>	<i>2000</i> ✓			
TOTAL	<i>10000</i>			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				<i>10000</i>

RESUMO DAS DESPESAS

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>31/08/22</i>	<i>NSBc Cornelio Hosp. de Ulhas CVn 1254/22</i>
<i>03/09/22</i>	<i>NSBc Cornelio Santac. Lisnop CVn 1264/22</i>
<i>02/09/22</i>	<i>NSBc Cornelio Lisnop CVn 1270/22</i>

Restante diaria no proximo relatório CVn 1270



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA
Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1151/2022

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
15/08/2022

SAÍDA:
07:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JACIRA BORGES			
2	ACOMP			PEGAR NA CASA
MOTORISTA		DARCY		
VEICULO		SPIN		

3. Camille Rittmann, Irapua. Pegar no Posto saúde



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA
Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1160/2022

DESTINO:

CURITIBA

DATA:

16/08/2022

SAÍDA:

05:00 HR

RESPONSÁVEL:

VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ANTONY SILVA NUNES	ANESTESISTA	HOSP DO TRABALHADOR	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	ACOMP			
4	JULIO BITTENCOURT			
MOTORISTA		DARCY		
VEICULO		SPIN		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 1169/2022

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
17/08/2022

SAÍDA:
11:00 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	DANIELA BITTENCOURT	CURSO	IBIPORA	
2	WILSON RODRIGUES	RETORNO		PEGAR NA CASA
3	ACOMP			
4	ARTHUR FELIPE MARTINS	FISIO		PEGAR NA CASA
5	ACOMP			
MOTORISTA		DARCY		
VEICULO		VAN		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 1174/2022

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
18/08/2022

SAÍDA:
09:00 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MAYLON SPINDOLA	EXAME		
2	ACOMP			
3	<i>Marcos Gabriel Junato</i>	<i>Senio</i>	<i>Pegar no car</i>	
4	<i>Acamp</i>			<i>- Joilson</i>
MOTORISTA		DARCY		
VEICULO		SPIN		

*Legião para o Sr. Alexandre, para
fazer paciente que fica pronto mais cedo!!!*



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 1185/2022

DESTINO:
IBIPORA

DATA:
19/08/2022

SAÍDA:
10:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARLI NUNES ARAUJO	INTERNAMENTO	PEGAR NA CASA	
2	ACOMP			
MOTORISTA		DARCY		
VEICULO		KWIDI		