



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

Nº	Data	Previsão Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
2528	12/07/2021	2528	2264/2021	1454/2021	

Utilização _____
Tipo _____ Número _____
Semilitação _____
Contrato Aditivo _____
Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Destinatário _____
Nome: 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 _____
2720 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

Remissor que autorizou o pagamento _____
DARCY - ROSANA RUY DE SOUZA
Recursos: 0000 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 Documento: 071201 Data: 12/07/2021 Valor: R\$ 800,00

Recibo: _____
Recbi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 1454/2021.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

KÁTIA 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: **2264/2021** Eritido em: **01/07/2021** Requisição Nº: _____ Empenho Nº: **1454/2021**

Licitação: _____ Número: _____
Tipo: **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: _____

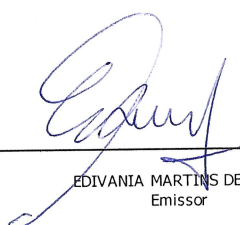
Credor: _____ Matrícula: _____ CPF/CNPJ: _____
Fornecedor: **DARCY MOREIRA BRANCO** Matrícula: **868-1** CPF/CNPJ: **796.155.549-87**
Endereço: **RUA ZACARIAS LEMES GONCALVES, 202 - CASA** Bairro: **CENTRO**
Cidade/UF: **Nova Santa Bárbara/PR** CEP: **86250-000** Fone: **4332661142** Tipo de conta bancária: **Conta Corrente** Banco: **237** Agência: **57-4** Conta: **620285-3**


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	Valor liquidado R\$ 800,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	
2700 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

17915-9



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 **1454/2021** Tipo **Ordinário** Emitido em **01/07/2021** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

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**

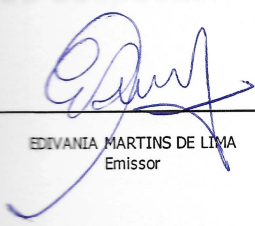
Endereço **RUA ZACARIAS LEMES GONCALVES, 202 - CASA** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661142** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620285-3**


Classificação da despesa		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 67.290,00
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
2700	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
	Do Exercício	R\$ 66.490,00

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 por _____



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 212/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 01/07/21

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.

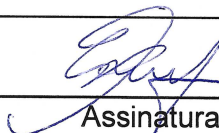
Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:



Nome



Assinatura

01/07/21

Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

61454/21
PS/12/07/21
no 2528.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Darcy Aparecida Branco</i>	Cargo ou Função: <i>Motorista</i>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: 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
01/07/21	40,00			
02/07/21	40,00			
04/07/21	40,00			
05/07/21	40,00			
06/07/21	40,00			
07/07/21	40,00			
TOTAL	240,00			240,00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ _____

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
01/07/21	N.S.Ba Cornélio 18ª Regional (Covid+medicamento)
02/07/21	N.S.Ba Londrina Nova Van Oficina CVnº 855/21
04/07/21	N.S.Ba Sta Mariana Hosp. Sta Alice
05/07/21	N.S.Ba Cornélio Hosp. Sta Casa CVnº 771/21
06/07/21	N.S.Ba Londrina Clínica Gastrica CBCC CVn 778/21
07/07/21	N.S.Ba Londrina SCL Henpar CVn'779/21

Observações:

[Faint handwritten notes]



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Darcy Joazeiro Branco</i>	Cargo ou Função: <i>Motorista</i>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: 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
08/07/21	40,00			
09/07/21	40,00			
10/07/21	40,00			
12/07/21	40,00			
12/13/07/21	200,00			
14/07/21	300,00			
TOTAL	4600,00			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 4600,00

Nome: <i>D.B.</i> Assinatura do Funcionário	Nome: <i>[assinatura]</i> Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro
---	--	-----------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
08/07/21	N.S.B. a Cornélio Neuendorf, Unop CVn: 789/21
09/07/21	N.S.B. a Londrina Hosp. São Casa CVn: 796/21
10/07/21	N.S.B. a St. Mariana Hosp. Sta Helena
12/07/21	N.S.B. a Cornélio Neuendorf CVn: 800/21
12/13/07/21	N.S.B. a Curitiba Hosp. Angelina Casan CVn: 804/21
14/07/21	N.S.B. a Campo Largo Hosp. do Centro CVn: 811/21

Observações: 12/07/21 Viagem realizada p/ Curitiba com a paciente Resili no limaral no Hospital Angelina Casan consulta pro dia 13/07/21.
14/07/21 Viagem realizada a Campo Largo no Hospital do Centro com os pacientes Leni, Sebastião, Antonio, João Souza Pimentel.



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Darcy Ferreira Branco</i>	Cargo ou Função: <i>Motista</i>
Orgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: 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
15/07/21	40,00			
16/07/21	40,00			
19/07/21	40,00			
TOTAL	120,00			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 120,00

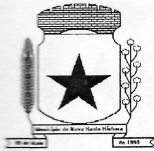
Nome: <i>[Assinatura]</i> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
15/07/21	N.S. Ba. Lusaia (Climas) - Rond. Gastrosul CVn: 824/21
16/07/21	N.S. Ba. Cornelia Hoop. de Allen CVn: 833/21
19/07/21	N.S. Ba. Cornelia Hoop. - Clinica Longivita CVn: 835/21

Observações:

CONTROLE DE INTERNAMENTO E ENCAMINHAMENTO REALIZADOS PELA UBS

DATA	NOME DO PACIENTE	Tipo de encaminhamento Motivo do encaminhamento	Prof. que autorizou	Motorista	Hr Saída	Hr Retorno	Destino	Carro Utilizado
01/07/21	Evair André Gusman maquiagem		Sara	Darcy	11:00		Condição Wagão	Opis Prata
01/07/21	Lucas Paet p/ Mãe	filha	Sara	Jairo	15:00		Ma Bella	Toro
02/07/21	Edi Oliveira	alta 102	Sara	Seroni	11:00	15:19	dondinha	Spin
02/07/21	Larimari Mar Moraes	Internamento	Sara	Emídio	12:00		Ma, Con Pra	Toro
03/07/21	Angela m. matias Trunfo Alene	Alto Hospitalar	Priscila	Luiz Abraão	11:00		Ma, Con Pra	Opis Prata
04-07-21	MADALINA TUBONS E. DA Cruz Inf. e S. ment	Cruz Inf. e S. ment	Peceto	Rogério	11:00	14:00	Santa Maria subúrbia	
04/07/21	Leucos maudo modden	Buscar a companhia	Priscila	Darcy	16:00		S. maiano	Toro
05/07/21	Manoel dos J. matos	RX	Volnei	Noni	08:30		Orsaí	Umbulário
06/07/21	Eva de Lorenzi	Alta	Talvina	Fabiano	18:00	20:50	dondinha	Opis Prata
08/07/21	Deva Conid	COVID	Valéria	Seroni	9:28		Condição Droscopio	Umbulário Pegueno.
08/07/21	Helena Geraldes	consultar Cesac	Valéria	Sironi				Opis Prata
08/07/21	Claudia dos Santos	Tubo de C. comp.	Dani	Darcy	17:00		Condição Sta. Con	Toro
10/07/21	Bussor a vom	—	Sara	Alcivaldo	08:00		Condição	Toro
10/07/21	Geo Rafael	Tubo de C. comp. tubi.	Antofri	Faltano	18:15		Sta. C. Condição	Spin Prata



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 855/2021

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
02/07/2021

SAÍDA:
08:30HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LEVAR VAN NA OFICINA			
2				
3				
4				
5				
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 771/2021

DESTINO:
CORNELIO PROCOPIO

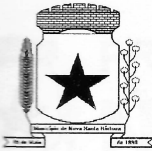
DATA:
05/07/2021

SAÍDA:
06:30

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	PEROLA ALESSANDRA NASCIMENTO	TESTE PEZINHO	SANTA CASA	PEGAR NA CASA DA MARIA SOLANGE
2	KARLA NASCIMENTO			
MOTORISTA		DARCY		
VEICULO		SPIN		

③ *Feômino Rodrigues (nome de Biciôlino) - Pega na casa*
Amor *99172-33-26*



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 778/2021

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
03/07/2021

SAÍDA:
~~06:30~~ HR
07:00

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	BENEDITA MARIA FURTOSO FERREIRA	CLINICA GASTRICA CGCC	RUA ANTONIO MARIA CHARETTI	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3				
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 779/2021

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
07/07/2021

SAÍDA:
05:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ANTONIO GOMES LINS	EXAME ICL	PEGAR NA CASA	
2	VALDIR VALERIO SANTOS	ARAPOGAS	07:00	
3	ACOMP			
4	ANDRE PAULO DA SILVA	INSS		
5	DENISE	PEGAR NA CASA		
6	ARTHUR			
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
MOTORISTA		DARCY		
VEICULO		SPIN		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

LISTA DE PASSAGEIROS 789/2021

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
08-07-2021

SAÍDA:
06:30

RESPONSÁVEL:
valeria

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
01	SERGIO PERUSSI	HOTTER	NEUROCOR	PEGAR NA CASA
02	ACOMP			
03	ERONDINA LOPES DE OLIVEIRA	RX		PEGAR NA CASA
04	ACOMP			
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 796/2021

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
09/07/2021

SAÍDA:
06:30HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA APARECIDA DA SILVA	SANTA CASA	PEGAR NA CASA	
2	ACOMP			
MOTORISTA		DARCY		
VEICULO		AMBULANCIA		

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Nova Santa Bárbara