



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

Numero	Data	Previsão Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
30	30/01/2019	30	8210/2018	3576/2018	

Licitação _____
Tip _____ **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 _____

Fornecedor **DARCY MOREIRA BRANCO** **Matricula** 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
 2500 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	Documento	Data	Valor
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Conta bancária 749850 - BB - SUS - Fundo Saúde - 013006	30/01/2019	R\$ 800,00

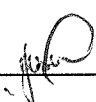
Recibo
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 3576/2018.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____



 KATIA GARDÊNIA DOS SANTOS
 Tesoureira



 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 **8210/2018** Emitido em **28/11/2018** Requisição N° _____ Empenho N° **3576/2018**

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 do empenho **R\$ 800,00**
08.001 Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado **R\$ 800,00**
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Saldo à Liquidar **R\$ 0,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2500 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Outras informações _____

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

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.


EDIVANIA MARTINS DE LIMA
Emissor


MICHELE SOARES DE JESUS

7498-5

Pradeno
ano 0053-4
01 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 **3576/2018** Tipo **Ordinário** Emitido em **28/11/2018** 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 **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		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 7.245,80
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
2500	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
	Do Exercício	R\$ 6.445,80

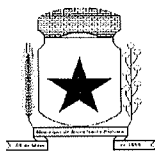
Outras informações _____

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
Contador

MICHELE SOARES DE JESUS



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº420/2018

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 28/11/18

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.

Atenciosamente,


Michele Soares de Jesus
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome


Assinatura

28 / 11 / 18
Data

2500
8867

3576/2018

pg. 30

30/01/19



PREFEITURA MUNICIPAL NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Lucy Pereira Branco</i>	Cargo ou Função: <i>Medicanta</i>
Orgão: 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	DIARIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
23/01/19	50,00			
25/01/19	40,00			
28/01/19	33,00			
29/01/19	40,00			
30/01/19	40,00			
30/01/19	150,00			
TOTAL	343,00			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 343,00

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

HISTÓRICO DO ITINERÁRIO

DATA	DESCRIÇÃO
23/01/19	N.S.B.a Jacarezinho Hosp. de Alta C.U. n° 2346/19
25/01/19	N.S.B.a Corneio Hemodiálise
28/01/19	N.S.B.a Londrina Rodoviária
29/01/19	N.S.B.a Jacarezinho Hosp. de Alta C.U. n° 2374/2019
30/01/19	N.S.B.a Jacarezinho Hosp. de Alta C.U. n° 2382/2019
30/01/19	Viagem realizada a Curitiba Hospital C.U. 2383/19

Observações: Complemento da viagem e abastecimento no dia 30/01/2019. C.U. n° 2383/2019 no Hospital Angelina Canon com o paciente Gilmar Antonio de Souza



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BARBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Paray. J. Pereira Branco</i>	Cargo ou Função: <i>Intendente</i>
Orgão: Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°:
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: / / N° DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIARIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>01/02/19</i>	<i>40,00</i>			
<i>02/02/19</i>	<i>33,00</i>			
<i>04/02/19</i>	<i>40,00</i>			
<i>05/02/19</i>	<i>33,00</i>			
<i>06/02/19</i>	<i>100,00</i>		<i>10000</i>	
<i>07/02/19</i>	<i>33,00</i>			
TOTAL	<i>279,00</i>			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ <i>279,00</i>

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

HISTÓRICO DO ITINERÁRIO

DATA	DESCRIÇÃO
<i>01/02/19</i>	<i>N. S. B. e Londrina (Vila União)</i>
<i>02/02/19</i>	<i>N. S. B. e Cornélio Hosp. Sta. Casa</i>
<i>04/02/19</i>	<i>N. S. B. e Cornélio Hemodiálise</i>
<i>05/02/19</i>	<i>N. S. B. e Londrina (Vila União)</i>
<i>06/02/19</i>	<i>Viagem realizada Curitiba Hosp. Paraná C.V. n° 2408/2019</i>
<i>07/02/19</i>	<i>N. S. B. e Cornélio Hosp. Sta. Casa</i>

Observações: *Complemento de viagem no dia 06/02/2019 no Hospital Angelino Laran com o paciente Leandro Kobori. C.V. n° 2408/2019*



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Dacy Pereira Bruno</i>	Cargo ou Função: <i>Insistente</i>
Órgão: 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

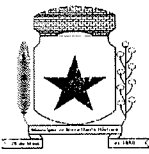
DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
11/02/19	33,00			
12/02/19	40,00			
17/02/19	33,00			
18/02/19	33,00			
20/02/19	40,00			
TOTAL	149,00			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 149,00

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

HISTÓRICO DO ITINERÁRIO

DATA	DESCRIÇÃO
11/02/19	N.S.Ba Cornélio Hosp. Sta. Casa
12/02/19	N.S.Ba Jacarezinho Hosp. do Alho CV nº 2430/2019
17/02/19	N.S.Ba Cornélio Hosp. Sta. Casa
18/02/19	N.S.Ba Cornélio Hosp. Sta. Casa
20/02/19	N.S.Ba Jacarezinho Hosp. do Alho CV nº 2469/2019

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2346/2019

DESTINO:
JACAREZINHO

DATA:
23/01/2019 /

SAÍDA:
04:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIANO (PADARIA)	CIRURGIA 991321793	HOSP DOS OLHOS	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA:		DARLY		
VEÍCULO:		VAN ADESIVADA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 2374/2019

DESTINO:
JACAREZINHO

DATA:
29/01/2019

SAÍDA:
04:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JOSE MARIANO	CIRURGIA	HOSPITAL DO OLHO	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	WALDETE LUIZA DE LIMA OLIVEIRA	991611556		PEGAR NA CASA
4	ACOMP			
MOTORISTA:		A/C MOTORISTA DA NOITE		
VEÍCULO:		SPIN AUTOMÁTICA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 2382/2019

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
30/01/2019 ✓

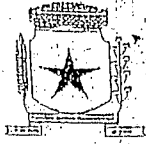
SAÍDA:
04:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA

focuzinho.

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JOSE RAFAEL MARIANO	RETORNO PÓS CIRURGIA	HOSPITAL DOS OLHOS	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			

MOTORISTA:	DARCY
VEÍCULO:	FIAT TORO



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA

*Acrescentar
pernoite e
50,00 combustivel
vel*

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAM

EMBOLSO

Funcionário: <i>Lary Bruno</i>	Cargo ou Função: <i>Secretário</i>
Orgão: Unidade Administrativa:	Nº de Empenho Nº: Solicitação Nº:
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ Nº DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>30/01/19</i>	<i>100,00</i>			
TOTAL	<i>100,00</i>			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver):				R\$ <i>100,00</i>

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

HISTÓRICO DO ITINERÁRIO

DATA	DESCRIÇÃO
<i>30/01/19</i>	<i>Viagem realizada a Curitiba com o paciente Gilmar Linsens de Lima no Hospital Angelina Caion nº 2383/2019</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 2383/2019

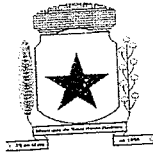
DESTINO:
CURITIBA

DATA:
30/01/2019

SAÍDA:
12:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	GILMAR ANTONIO DE LIMA	TRANSPLANTE DE RINS	A PEDIDO DO HOSPITAL	PEGAR NA CASA
MOTORISTA:		DARCY		
VEÍCULO:		SPIN PRETA		



NOVA SANTA BÁRBARA

SECRETARIA DE SAÚDE DE NOVA SANTA BÁRBARA
 Rua Antônio Joaquim Rodrigues, s/n. – Jardim Alto da Boa Vista
 Fone/Fax: (43)3266-8050 – Nova Santa Bárbara

CONTROLE DE INTERNAMENTO E ENCAMINHAMENTOS RELAZADO PELA UBS

DATA	NOME DO PACIENTE	Tipo de encaminhamento Motivo do encaminhamento	Prof. que autorizou	Motorista	Hr Saída	Hr Retorno	Destino	Carro utilizado
26/01/19	Alda Rodrigues da Souza	AVC?	Jacy Fri	Jidnei	13:00		Santa Casa Cornélio	ambulância
27/01/19	Micheli Rodrigues	Alta	Tais Fri	José Wilson	11:00		Santa Casa Cornélio	Spinn semimove
28/01/19	CLAUDIA MULLER	ALTA HOSPITALAR	Bruna	Irani	11:00	11:00	S. J. M Sina	SAW AUTOMÁTICO
28/01/19	Maria Condade	Consulta	Bruna	Darcy	20:00		Londrina	SPW AUTOMÁTICO
28-01-19	Antônio Fabiano	Polícia Federal levantando carteira	Micheli	Antônio	10:00		Londrina	Sander
31/01/19	Dezma Maria R. SO	ALTA HOSPITALAR	Alta	Didi	19:30	11:30	MSO JOÃO P.	SPIN Preta
01/02/19	Apurra União		Bruna	Darcy	10:00		Itaipava	Van Badrina
02/02/19	Paqueline Mendes (aut)	Laboratório	Fri/Tais	Fabiano	10:50		Itaipava	Spinn Preta
02/02/19	Auelce C. Pimentel Acamp. por bombeiro	Alta Hospitalar	Tais/Fri	José Wilson F	13:00		Cornélio (Sta. Cara)	Spinn Preta
02/02/19	Hilda dos Santos Araújo	Ubs J. do Sol	Maria R.	Didi	20:20		Londrina	Spinn Automático

CONTROLE DE INTERNAMENTO E ENCAMINHAMENTOS RELAIZADO PELA UBS

DATA	NOME DO PACIENTE	Tipo de encaminhamento Motivo do encaminhamento	Prof. que autorizou	Motorista	Hr Saída	Hr Retorno	Destino	Carro utilizado
22/02/19	Valdinei Travesa	pac. Aband. sup. na farmácia e não está respondendo pto. terapia	Dr. Márcio	Zenilto			Sta. Casa Corneio	SPin
03/02/19	Luci Correia Bronze	pac. com mais um grau	Jack Dani	Darci			Sta. Casa Corneio	Artimérica
03/02/19	Madame Juliana E. Cruz	Trabalho de parto	Jack Dani	Fox Wilson	10:00	12:00	Santa Mariana	Artimérica
03/02/19	Lucas Santos	Alta de acomp.	Jack Dani	Fox Wilson	16:00	18:20	Santa Mariana	SPin
03/02/19	Paul Duelle	Gestante	Dr. João Pedro	Darci	21:50		Santa Casa Corneio	Artimérica
04/02/19	Rafaela Ribeiro Costa	Gestante	Cidra	Darci	01:40		Santa Casa Corneio	SPin
04/02	Homocidalise			Darci				
04/02	pac. Natanael Silva V. anti. (transferência)	visiosa transferência	Micheli Elai	Bendito	19:15		Boadruis	SPin
05/02	Luci Melissa Bronze	reexome	Bruna	Darci	21:00		Boadruis	SPin
06/02	Darci Regina Filip	pac. com mais um grau	Bruna	Jeani	18:40		Banhine	SPin automática
07/02/19	Luís Emanuel Maria Buzo	Banho de sol	Rita	Darci	18:15		Santa Casa Corneio	SPin



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BARBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Mary Jovina Branco</i>	Cargo ou Função: <i>Indicente</i>
Orgão: Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N.º: Solicitação N.º:
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
N.º DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: <u> </u>	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ <u> </u>	

RESUMO DAS DESPESAS

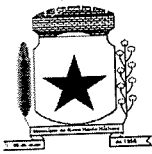
DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>06/02/19</i>	<i>100,00</i>			
TOTAL	<i>100,00</i>			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ <i>100,00</i>

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

HISTÓRICO DO ITINERÁRIO

DATA	DESCRIÇÃO
<i>06/02/19</i>	<i>Viagem realizada a Sant'Ana no Hospital Lincolnne Caron com o paciente Alexandre Kobori C.V. n.º 2908/2.019</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2408/2019

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
06/02/2019

SAÍDA:
11:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
LEANDRO KOBORI	TRANSPLANTE	A PEDIDO DO HOSPITAL ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA
ACOMP			
DARCY			
SPIN PRETA			

OTORISTA:

VEICULO:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2408/2019

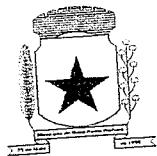
DESTINO:
CURITIBA

DATA:
06/02/2019

SAÍDA:
11:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LEANDRO KOBORI	TRANSPLANTE	A PEDIDO DO HOSPITAL ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA:		DARCY		
VEÍCULO:		SPIN PRETA		



NOVA SANTA BÁRBARA

SECRETARIA DE SAÚDE DE NOVA SANTA BÁRBARA
 Rua Antônio Joaquim Rodrigues, s/n. – Jardim Alto da Boa Vista
 Fone/Fax: (43)3266-8050 – Nova Santa Bárbara

CONTROLE DE INTERNAMENTO E ENCAMINHAMENTOS RELAZADO PELA UBS

DATA	NOME DO PACIENTE	Tipo de encaminhamento Motivo do encaminhamento	Prof. que autorizou	Motorista	Hr Saída	Hr Retorno	Destino	Carro utilizado
09/2/19	maria nery	alta hospitalar	Dani	Sidnei	12:40		Arapongas	carro
09/2/19	Quilherme H. Cruz	Avaliação e conduta	Dani	Regério	16:15		Cornelio Proença	Spin - Automática
10/02/19	Lucia Trindade dos Santos	alta hospitalar	Lu	Levi Nelson	12:30		Arapongas	Spin Festa
10/02/19	maria fox de Freitas Fuzina	ICL Refeição	Bruna	Nilsoni	13:00		Londrina	Spin Festa
11/02/19	Leonor Zombari ma		Bruna	Carly	14:15		Cornelio Proença	Donatona
11/02/19	Arson AP	Exatol pl chirurgia e conduta	Roani	Boney	20:00		Cornelio Proença	Ambulância
12/02/19	Christiane Apr da Silva	STO casa	Bruna	Benedite	18:30		Cornelio Proença	Ambulância
12/02/19	Marcio Eduarda	sto casa	Elaine	Benedite	21:30	23:30	Cornelio Proença	Ambulância
15/02/19	marina S Santos	alta hospitalar furo para	Tais	Fabiano	14:30		Santa mariana	
16/02/19	Antônio Rezende Filho	alt a hospitalar	Pr Tais	Benedite	18:00		Cornelio Proença	Ambulância
17/02/19	buscar maca na sua casa		Dani Jacki	Sidnei	08:40	10:40	Cornelio Proença	Ambulância



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2430/2019

DESTINO:
JACAREZINHO

DATA:
12/02/2019

SAÍDA:
4:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LORRAN LEMES RODRIGUES FERREIRA	991360406	HOSPITAL DO OLHO	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			

MOTORISTA:	A/C MOTORISTA DA NOITE
VEÍCULO:	SANDEIRO



CONTROLE DE INTERNAMENTO E ENCAMINHAMENTOS RELAZADO PELA UBS

DATA	NOME DO PACIENTE	Tipo de encaminhamento Motivo do encaminhamento	Prof. que autorizou	Motorista	Hr Saída	Hr Retorno	Destino	Carro utilizado
17/02/19	Maria Rodrigues da Cruz	DM, hipertensão e bronquite	Alice Dani	Regina	15:00	16:30	Cornelio Proença	Spin Preto
17/02/19	Maria Alice Ribeiro	ITU? insuficiência renal	Alice Dani	Regina	17:30		Cornelio Proença	Ambulância
17/02/19	Kauon Lucas Ribeiro	Selênio	Raine	Darcy	19:40		São Jerônimo	SPIN Preto
17/02/19	Alex	Avaliação e conduta	Raine	Darcy	23:45		Santa Rosa C.P.	Ambulância
18/02/19	Angelita	alta	Lida	Joni	3:00		Santa Rosa C.P.	SPIN Preto
18/02/19	alta do ICL	Externa Traitevia	Bruna	Benedito	17:45		Londrina ICL	Londrina
18/02/19	Consultório regional Farmácia Leve Farmocentro		Michelle	Joni	19:00		Taua	Londrina
18/02/19	Antônio Ricardo da Silva	al proq. tendão	Michelle Dani	Dani	6:50		Copido Santa Rosa	Ambulância
20/02/19	marcelo	Distúrbio do tórax (torácico medial)	Bruna	Lore	07:50	13:00	Santa casa Londrina	Spin Preto
21/02/19	Wagner Junior Brito	avaliação e conduta	Raine	Dani	20:50		Santa Maria	Amb
22/2/19	Séverino Gomes S.	Avaliação e conduta	Raine Elaine	Benedito	23:45	02:40	Santa casa C.P.	Spin Preto



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2469/2019

DESTINO:
JACAREZINHO

DATA:
20/02/2019

SAÍDA:
04:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	WALDEMAR DOS SANTOS	RETORNO CIRURGICO	HOSPITAL OLHO	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA:		BRUNO Darcy		
VEÍCULO:		SANDEIRO		

SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
30/01/2019 - AUTOATENDIMENTO - 10.26.23
0002
SEGUNDA VIA
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
DOC ELETRONICO
CLIENTE: PM NOVA S BARBARA - EC 29
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 7.498-5
QUANTIDADE: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE
CLIENTE: PM NOVA S BARBARA - EC 29
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0057-4 - ASSAI
CONTA: 620.285-3
EMPREENHADO: DARCY MOREIRA BRANCO
CPF/CNPJ: 796.155.549-87
VALOR: R\$ 800,00
DEBITO EM: 30/01/2019
DOCUMENTO: 013006
AUTENTICACAO SISBB: F.ADD.BDE.C23.B86.18D

Transação efetuada com sucesso por: JB517799 ERIC KONDO.