



## 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°
816	18/03/2021	817	745/2021	509/2021	

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  
RUA ZACARIAS LEMES GONCALVES, 202 - CASA

Bairro  
CENTRO

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

Classificação da despesa \_\_\_\_\_  
2700 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 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303	031801	18/03/2021	R\$ 800,00

Recibo \_\_\_\_\_  
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 509/2021.

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

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

  
KATIA GARDENIA DOS SANTOS  
Tesoureira

  
ROSANA RUY DE SOUZA



# 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

Número **745/2021** Emitido em **12/03/2021** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Empenho Nº **509/2021**

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

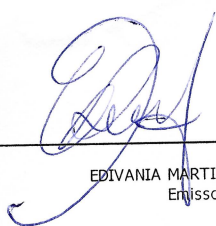
Credor \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_ CPF/CNPJ \_\_\_\_\_  
Fornecedor **DARCY MOREIRA BRANCO** Matrícula **868-1** CPF/CNPJ **796.155.549-87**  
Endereço \_\_\_\_\_ Bairro **CENTRO**  
**RUA ZACARIAS LEMES GONCALVES, 202 - CASA**  
Cidade/UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_ Tipo de conta bancária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


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 a liquidar **R\$ 0,00**  
**3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS**  
**2700 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 \_\_\_\_\_  
**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.**

  
EDIVANIRA MARTINS DE LIMA  
Emissor

  
ROSANA RUY DE SOUZA

17915-





# 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: 509/2021 Tipo: Ordinário Emitido em: 12/03/2021 Requisição Nº: \_\_\_\_\_ Req. Compra Nº: \_\_\_\_\_

Licitação: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_  
 Sem licitação  
 Contrato/Aditivo: \_\_\_\_\_ Aditivo: \_\_\_\_\_ Início da vigência: \_\_\_\_\_ Fim da vigência: \_\_\_\_\_ Fim da vig. atualizada: \_\_\_\_\_ Início da execução: \_\_\_\_\_ Fim da execução: \_\_\_\_\_ Fim da exe. atualizada: \_\_\_\_\_

Creditor: \_\_\_\_\_  
 Nome: DARCY MOREIRA BRANCO Matrícula: 868-1 CPF/CNPJ: 796.155.549-87  
 Endereço: RUA ZACARIAS LEMES GONCALVES, 202 - CASA Bairro: CENTRO  
 CEP: 86250-000 Fone: 4332661142 Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 237 Agência: 57-4 Conta: 620285-3

Classificação da despesa: \_\_\_\_\_  
 08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior: R\$ 90.700,00  
 08.001 Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado: R\$ 800,00  
 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Saldo atualizado: R\$ 89.900,00  
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS  
 2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)  
 Do Exercício

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.

EDDIANA 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 086/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 12/03/21

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

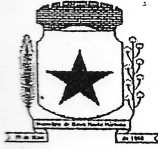
Recebido por:

  
Nome

  
Assinatura

12/03/21  
Data





PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

E 509/21  
18/03  
nº 816.

**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
15/03/21	4,000			
16/03/21	4,000			
17/03/21	4,000			
18/03/21	4,000			
20/03/21	4,000			
22/03/21	4,000			
<b>TOTAL</b>	<b>240,00</b>			
<b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b>				<b>R\$ 240,00</b>

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
15/03/21	N.S.Ba Cornelio Hemodialise
16/03/21	N.S.Ba Londrina JCL
17/03/21	N.S.Ba ASSAI Clínico Pequeno Príncipe CVnº 296/
18/03/21	N.S.Ba S.J. Serrão e Cassai BRSAVOC CVm 298 e 295/2
20/03/21	N.S.Ba ASSAI Clinica CVnº: 308/2021
22/03/21	N.S.Ba Cornelio Neuman 18º Reg. CVnº: 307/2021

Observações:





PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Marcy Loure 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
<i>24/03/21</i>	<i>4000</i>			
<i>26/03/21</i>	<i>4000</i>			
<i>30/03/21</i>	<i>4000</i>			
<i>01/04/21</i>	<i>4000</i>			
<i>05/04/21</i>	<i>4000</i>			
<i>06/04/21</i>	<i>4000</i>			
<b>TOTAL</b>	<b><i>24000</i></b>			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				<b>R\$ <i>24000</i></b>

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>24/03/21</i>	<i>N-SBa Jacarezinho Hosp. de Olhos C.Vn. 319/2021</i>
<i>26/03/21</i>	<i>N-SBa Londrina - Lupanoras S.C. - Menpar C.Vn. 329/2021</i>
<i>30/03/21</i>	<i>N-SBa Cornélio Lisnag. 98ª Reg. C.Vn. 339/2021</i>
<i>01/04/21</i>	<i>N-SBa Cornélio Hosp. de Olhos Caps C.Vn. 351/2021</i>
<i>05/04/21</i>	<i>N-SBa Cornélio 18ª Regional de Saúde</i>
<i>06/04/21</i>	<i>N-SBa Sta Mariana C.Vn. 364/2021</i>

Observações:





PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

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
<i>07/04/21</i>	<i>4000</i>			
<i>08/04/21</i>	<i>4000</i>			
<i>09/04/21</i>	<i>4000</i>			
<i>12/04/21</i>	<i>4000</i>			
<i>13/04/21</i>	<i>4000</i>			
<i>14/04/21</i>	<i>4000</i>			
TOTAL	<i>24000</i>			
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ <i>240.00</i>

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

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>07/04/21</i>	<i>N.S.Be Luapongas Hanpan CVn: 368/21</i>
<i>08/04/21</i>	<i>N.S.Bc Londrina JCC CVn: 374/21 344/21</i>
<i>09/04/21</i>	<i>N.S.Bc Cornélio Proença CVn: 389/21 385/21</i>
<i>12/04/21</i>	<i>N.S.Bc Londrina JCC CVn: 388/21</i>
<i>13/04/21</i>	<i>N.S.Bc Sta Mariana CVn: 393/21</i>
<i>14/04/21</i>	<i>N.S.Bc Londrina CVn: 398/21</i>

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL  
**NOVA SANTA BÁRBARA**

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

Funcionário: <i>Parayzaine Branco</i>	Cargo ou Função: <i>motocic.</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
<i>15/04/21</i>	<i>40,00</i>			
<i>16/04/21</i>	<i>40,00</i>			
<b>TOTAL</b>	<i>80,00</i>			
<b>TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)</b>				<b>R\$ <i>80,00</i></b>

Nome: <i>Parayzaine Branco</i>	Nome: <i>[Signature]</i>	Nome:
Assinatura do Funcionário	Secretário	Assinatura do Tesoureiro

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>15/04/21</i>	<i>NSB e Londrina JCL CVn: 407/21</i>
<i>16/04/21</i>	<i>NSB e Londrina JCL CVn: 411/21</i>

Observações:





PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

**TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO**  
**LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 280/2021**

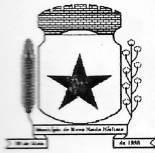
DESTINO:  
LONDRINA

DATA:  
16/03/2021

SAÍDA:  
06:30 HR

RESPONSÁVEL:  
valeria

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	JOSE HAMILTON ZAGANSKI	RADIO ICL	PEGAR NA VILA RURAL	
2	ACOMP	<i>pegar Vanessa agente na casa fazendo favor</i>		
3	DENISE		SÓ VOLTA	
4	ACOMP		SÓ VOLTA	
MOTORISTA		DARCY		
VEICULO		AMBULANCIA		



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

## LISTA DE PASSAGEIROS 296/2021

DESTINO:  
ASSAI

DATA:  
17-03-2021

SAÍDA:  
14:00 HRS

RESPONSÁVEL:  
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.
01	MARIA LUCIA CISCON	ORTOPEDISTA	PEQUENO PRINCIPI	
02				

MOTORISTA	DARCY
VEICULO	<del>SANDERO</del> Ambulância Sep





PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

## LISTA DE PASSAGEIROS 298-2021

DESTINO:  
SÃO J. DA SERRA

DATA:  
18-03-2021

SAÍDA:  
06:30 HRS

RESPONSÁVEL:  
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.
01	CICERO HIPOLITO			
02				
03				
04				
05				
06				
MOTORISTA		DARCY		
VEICULO		TORO		



PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

## LISTA DE PASSAGEIROS 295/2021

DESTINO:  
ASSAI

DATA:  
18-03-2021

SAÍDA:  
14:00

RESPONSÁVEL:  
valeria

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
01	LETICIA DA SILVA ALBUQUERQUE	USG		
02	ACOMP			
03	DANIELE CRISTINA CAMARGO	USG	BR	
MOTORISTA	DARCY			
VEICULO	SPIN			





PREFEITURA MUNICIPAL

# NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

## LISTA DE PASSAGEIROS 308/2021

DESTINO:  
ASSAI

DATA:  
20-03-2021

SAÍDA:  
06:15

RESPONSÁVEL:

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
01	KARLA CRISTINA DO NASCIMENTO MACEDO	CLIMAS		
02	ACOMP			
03	EMIIY IVONE SILVA CASTIANIZIO	climas		
04	ACOMP			
05				
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 307/2021**

DESTINO:  
CORNELIO PROCOPIO

DATA:  
22/03/2021

SAÍDA:  
06:30

RESPONSÁVEL:  
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ALESSANDRA DE PAULA CASTRO	ENDOSCOPIA	RENAN	
2	ACOMP			
3	MANOEL BEZZERRA DE LIMA	ENDOSCOPIA	RENAN	
4	ACOMP			
5	MARIA INEZ IZIDORO DA SILVA SAMPAIO	GASTRO		
6	ACOMP			
7	JEFERSOM SOUZA CARNEIRO	URO		
8	VALDIR ANTONIO	GASTRO		
9	LEONARDO FELIPE NUNES NOGUEIRA	EEC	NEUROCOR	
10	ROSILENE DA C NUNES	ACOMP		
11	ADILSON DIAS DA SILVA	EEC	NEUROCOR	
12	JAIRO BEZERRA DA SILVA	EEC	NEUROCOR	
13	MATHEUS GABRIEL GONÇALVES	EEC	NEUROCOR	
14	GABRIELA GONÇALVES	ACOMP		
15	EVERTON S SANTOS NOGUEIRA	PROTESE /ORTESE		
16	VICTOR S SANTOS ROCHA	PROTESE /ORTESE		
17	ACOMP			
18	MARIA DE LOURDES FRANCISCO	LABORATORIO SÃO MARCOS		
19	NEREIDE DE FATIMA BORTOTTI	LABORATORIO SÃO MARCOS	5528681-7	
20	VALTAIR JOSE GARCIA	CLINICA DR LUCIANO	ORTOPEDISTA	1245340-5
MOTORISTA		DARCY		
VEICULO		VAN		