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 Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
7842	24/10/2019	7865	7407/2019	2940/2019	

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: EDEZIO RODRIGUES DE PROENCA — Matrícula: 2782-1 — CPF/CNPJ: 865.433.939-04

Endereço: AV PEDRO FERREIRA DA COSTA, 1805 - CASA — Bairro: CENTRO

Cidade/UF	CEP	Fone	Tipo de conta bancária	Banco	Agência	Conta
São Jerônimo da Serra/PR	86270-000	4332671038	Conta Corrente	748	717-0	60342-2

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$ 800,00**

Outras informações

Retenções

Total de retenções: R$ 0,00

Valor líquido: **R$ 800,00**

Recursos

Recursos	Documento	Data	Valor
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303	102401	24/10/2019	R$ 800,00

Recibo

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 2940/2019.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, _____/_____/_____

KATIA GARDENIA 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	Emtido em	Requisição Nº	Empenho Nº
7407/2019	14/10/2019		2940/2019

Licitação
Tipo: Sem licitação — Número:

Contrato/Aditivo

Vigência	Contrato	Aditivo	Início da vigência	Fim da vigência	Fim da vig. atualizada	Início da execução	Fim da execução	Fim da exe. atualizada

Credor

Credor	Matrícula	CPF/CNPJ
EDEZIO RODRIGUES DE PROENCA	2782-1	865.433.939-04

Endereço: AV PEDRO FERREIRA DA COSTA, 1805 - CASA — Bairro: CENTRO

Cidade/UF	CEP	Fone	Tipo de conta bancária	Banco	Agência	Conta
São Jerônimo da Serra/PR	86270-000	4332671038	Conta Corrente	748	717-0	60342-2

Classificação da despesa

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
2480 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Saldo do empenho	Valor liquidado	Saldo à Liquidar
R$ 800,00	**R$ 800,00**	R$ 0,00

Outras informações

Retenções

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

Servidor que autorizou a liquidação
4023 - MICHELE SOARES DE JESUS

Histórico
VALOR IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇAO DE DIARIA AO MOTORISTA EDEZIO RODRIGUES PROENÇA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇAO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.

Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor

MICHELE SOARES DE JESUS
Autorizador

17915-9

saúde
ag 0717
CC 60342-2

Município de Nova Santa Bárbara - PR

Endereço: Rua Walfredo Bittencourt de Moraes, 222 - Centro CNPJ: 95561080000160 IE:
Fone: (43) 3266-8100 CEP: 86250000 Cidade: Nova Santa Bárbara
Fax: Mesmo

NOTA DE EMPENHO

Número	Tipo	Emitido em	Requisição Nº	Req. Compra Nº
2940/2019	Ordinário	14/10/2019		

Licitação

Tipo	Número
Sem licitação	

Contrato/Aditivo

Vigência	Contrato	Aditivo	Início da vigência	Fim da vigência	Fim da vig. atualizada	Início da execução	Fim da execução	Fim da exe. atualizada

Credor

Fornecedor: EDEZIO RODRIGUES DE PROENCA — Matrícula: 2782-1 — CPF/CNPJ: 865.433.939-04

Endereço: AV PEDRO FERREIRA DA COSTA, 1805 - CASA — Bairro: CENTRO

Cidade/UF: São Jerônimo da Serra/PR — CEP: 86270-000 — Fone: 4332671038 — Tipo de conta bancária: Conta Corrente — Banco: 748 — Agência: 717-0 — Conta: 60342-2

Classificação da despesa

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
2490 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)
Do Exercício

Saldo anterior	Valor empenhado	Saldo atual
R$ 43.290,60	**R$ 800,00**	R$ 42.490,60

Outras informações

Histórico

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇAO DE DIARIA AO MOTORISTA EDEZIO RODRIGUES PROENÇA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇAO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.

Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
Contador - CRC: 046096

MICHELE SOARES DE JESUS

PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde	**Nº 246/2019**
PARA: Secretaria de Administração	**DATA:14/10/19**
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, **Edézio Proença Rodrigues** haja vista que as viagens são realizadas fora do Município.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

Atenciosamente,

C- 2490
F- 27821

Michele Soares de Jesus
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____ Nome _____ Assinatura 14 / 10 / 19 Data

E 2940/19
PS. 24/10/19
nº 7842.

PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: EDEZIO L PROENÇA	Cargo ou Função: MOTORISTA
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho Nº: Solicitação Nº
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ Nº DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R$	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
18/10/2019	40,00	OK		40,00
21/10/2019	100,00	OK		100,00
22/10/2019	100,00	OK		100,00
23/10/2019	40,00	OK		40,00
24/10/2019	100,00	OK		100,00
25/10/2019	40,00	OK		40,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R$ 420,00

Nome: Edezio Proença Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
18/10/2019	N.S.B.P/ CORNÉLIO P Nº 3381 CLÍNICO P FERNANDO DUA
21/10/2019	N.S.B.P/ OURINHOS Nº 3385 ESPIROMETRIA OSNEI FREIT
22/10/2019	N.S.B.P/ CURITIBA Nº 3443 AC MARCOS SOTTO
23/10/2019	N.S.B.P/ CORNÉLIO P SANTA MARIA Nº 3393 CEDIMOG SIDNEI SAN
24/10/2019	N.S.B.P/ CORPO LARGO Nº 3396 H INFANT DAVI LUCAS
25/10/2019	N.S.B.P/ CORNÉLIO P Nº 3401 CISNOP ANDRESSA RAMOS

Observações:

PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: EDELIO R PROENÇO	*Cargo ou Função:* MOTORISTA
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE *Unidade Administrativa:*	*Nota de Empenho Nº:* *Solicitação Nº*
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ *Nº DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA:* _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R$	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	*DIÁRIA*	*TRANSPORTE*	*OUTROS*	*TOTAL*
28/10/2019	40,00			40,00
29/10/2019	40,00			40,00
30/10/2019	40,00			40,00
31/10/2019	40,00			40,00
01/11/2019	40,00			40,00
04/11/2019	100,00			100,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R$ 300,00

Nome: *Assinatura do Funcionário* ____/____/____	*Nome:* *Secretário*	*Nome:* *Assinatura do Tesoureiro*

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
28/10/2019	N.S8 P/ CORNELIO P N: 3408 CEDIMAGEN MARIA
29/10/2019	N.S8 P/ CORNELIO P N: 3411 CEDIMAGEN SUELI RODRIGU
30/10/2019	N.S8 P/ CORNELIO P N: 3416 NEPOCOR AURORA MARIA
31/10/2019	N.S8 P/ CORNELIO P N: 3419 CISNOP ADEMIR RODRIGUES
01/11/2019	N.S8 P/ CORNELIO P N: 3425 CEDIMAGEN APARECIDA D ROCH
04/11/2019	N.S8 P/ CURITIBA N: 3431 CASA APOIO RECANTO DOROTHY EVERTON PAULO NEME

Observações:

PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: EDELZIO R PROENÇA	Cargo ou Função: MOTORISTA
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho Nº: Solicitação Nº
DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____/____/____ Nº DA CORRESPONDÊNCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: R$	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
05/11/2019	40,00			40,00
06/11/2019	40,00			40,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R$

Nome:	Nome:	Nome:
Assinatura do Funcionário ____/____/____	Secretário	Assinatura do Tesoureiro

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
05/11/2019	N.S.A.P/ CORNELIO P N 3435 CEDIMAGEN KAILA EL
06/11/2019	N.S.A.P/ CORNELIO P N. 3440 CEDIMAGEN JOSIANE MA

Observações:

PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3381/2019

DESTINO:	DATA:	SAÍDA:	RESPONSÁVEL:
CORNELIO	18/10/2019	06:30H	BRUNA MUNHOZ

	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
	FERNANDO DUARTE DA SILVA	RX+TRAUMA	ULTRAMED+CLINICOP	
	ANA VITORIA DE OLIVEIRA	RX	~~CISNOP~~ ULTRAMED	
	ACOMP			
	MILENA GRAZIELE AP. DA COSTA	ALTO RISCO	REDE MAE	
	ACOMP			
	MAYARA BUENO DA SILVA	ALTO RISCO	REDE MAE	
	ACOMP			
	WALDEMAR DE SOUZA		HOSPITAL DE OLHOS	
	MARCIA BORGES		OTICA CENTRAL	
	AILTON PRIMO DANIEL		CAPS II	
	ACOMP			

MOTORISTA:	EDEZIO
VEÍCULO:	VAN ADESIVADA

PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3385/2019

DESTINO:	DATA:	SAÍDA:	RESPONSÁVEL:
CORNELIO/OURINHOS	21/10/2019	06:30H	BRUNA MUNHOZ

	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
X	**LUANA CRISTINA DOS SANTOS**	**RX**	ULTRAMED	PEGAR NA CASA 991481181
	ACOMP			
	JOSENIR ALMEIDA DOS SANTOS	**RX+TRAUMA**	ULTRAMED+CLINICOP	
	ANDRESSA DE MORAES	**ALTO RISCO**	REDE MAE	
	ACOMP			
	CIRENE MORAES DA SILVA	**OFTALMO**	CISNOP	
	ACOMP			
	WALDEMAR DE SOUZA		HOSP. OLHOS	
	IDALINA MATHIAS CRUSSINSKI		HOSP. OLHOS	
	ACOMP			
X	**ANGELICA DA SILVA BATISTA**	**ALTO RISCO**	REDE MAE	
	ACOMP			
	EVA APARECIDA DE SANTANA EVANGELISTA		CISNOP	
	OSNEI DE FREITAS	**ESPIROMETRIA**	OURINHOS	RODO
	ACOMP			

MOTORISTA:	**EDEZIO**
VEÍCULO:	**VAN ADESIVADA**

EVILIN CAPS
ACOMP

CISNORPI - Cons.Públ.Interm. Saúde Norte Pioneiro
Autorização de Exame

21/10 9:50

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 13056 **Usuário:** OSNEI DE FREITAS
Data de Nascimento: 01/06/1957 **Idade:** 62 Anos, 3 Mese **RG:** **C.N.S.:**
Nome da Mãe: **Telefone:** ( ) - **C.P.F.:**
Endereço residencial: B 1175 , 10 **Bairro:** **Município:** JUNDIAI DO SUL

UNIDADE DE SAÚDE AUTORIZADORA

Cidade de Origem: 63 - MUNICIPIO DE JUNDIAI DO SUL
Profissional autorizador: CASSIA PAIVA **C.N.P.J.:** 13.851.575/0001-60
Data de emissão: 30/09/2019

LOCAL DE ATENDIMENTO

Data programada: 30/09/2019 **Horário:** 10:22 **Protocolo de Atendimento**
Local: 38 - M & M PRESTAÇÃO DE SERV.M. - PROVA DE FUNÇÃO P
M & M PRESTAÇÃO DE SERV.M. - PROVA DE FUNÇÃO PULM
Endereço: OURINHOS
RUA DOM PEDRO, 643 - SALA 33
TERCEIRO ANDAR
0038437380007
Telefone: (14) 3326-7872

Exames:

242 - PROVA DE FUNCAO PULMONAR SIMPLES
Convênio: Preço Público e Valores Complementares
02.11.08.006-3

CASSIA PAIVA
Emissão: 30/09/2019

PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3443/2019

DESTINO:	DATA:	SAÍDA:	RESPONSÁVEL:
CURITIBA	22/10/2019	11:00H	BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	**MARCOS SOTTO**	**ALTA HOSPITALAR**	HOSPITAL DAS CLINICAS	PEGAR NA CASA
2	**ACOMP**			
3	**ACOMP**			

MOTORISTA:	**EDEZIO**
VEÍCULO:	**FIAT TORO**

PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3393/2019

DESTINO:	DATA:	SAÍDA:	RESPONSÁVEL:
CORNELIO/SANTA MARIANA	23/10/2019	06:30H	BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	WALLAN DOS SANTOS	USG	DR. SELETTI	
2	ACOMP			
3 X	SIDNEIA S. SANTANA	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
4	ACOMP			
5 X	NEUZA DIONIZIO RODRIGUES	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
6	HELENA APARECIDA RIBEIRO	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
7 X	JOANA ENI SANTOS NOMURA	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
8	ANDRE LUCAS DA SILVA	OTORRINO	CISNOP	
9	ACOMP			
10	KETELIN DA SILVA FERREIRA	OTORRINO	CISNOP	
11 X	MARCIA BORGES	ORTO	~~CISNOP~~ CLINICOP	
12 X	CIBELY OLIVEIRA DA SILVA (COLO)		SANTA MARIANA	
13 X	MARIA ALICE FELIX DE OLIVEIRA (COLO)	991937779	SANTA MARIANA	PEGAR NA CASA
14 X	THIAGO VICENTE SPINDOLA DA SILVA (COLO)		SANTA MARIANA	
15	NEIVA DE FREITAS			

MOTORISTA:	EDEZIO
VEÍCULO:	VAN ADESIVADA

FAVOR, SE FALTAR LUGAR NA VAN DAIELE SILVA DE SOUZA VISITA SANTA CASA
OBS: TRAZER O PESSOAL DA HEMODIALISE!!!!!!!
OBS: FAVOR, ESTAR AQUI AS 13:00 POIS PRECISA BUSCAR MEDICAMENTO
GRATA

PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3396/2019

DESTINO:	DATA:	SAÍDA:	RESPONSÁVEL:
CAMPO LARGO	24/10/2019	02:00H	BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	**DAVI LUCAS PEREIRA DOS SANTOS**	**CIRURGIA ORTO PÉ**	**HOSPITAL INFANTIL DR. WALDEMAR MONASTIER**	**PEGAR NA CASA 991278196**
2	**ACOMP (CINTIA)**			
3	**JOAO CARLOS SAMPAIO DOS REIS**	**TOMO**	**HOSPITAL ROCIO**	**PEGAR NA CASA**
4	**ACOMP**			

MOTORISTA:	**EDEZIO**
VEÍCULO:	**SPIN PRETA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL INFANTIL DOUTOR WALDEMAR MONASTIER
XV DE NOVEMBRO, 3701 - BOM JESUS. CAMPO LARGO/PR
Telefone: (41)3391-8100

Hospital Infantil
WALDEMAR MONASTIER

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO DE CIRURGIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	DAVI LUCAS PEREIRA DOS SANTOS	**Nº Prontuário:**	1.258.913
Data de Nasc.:	12/03/2014 (5a, 6m, 15d)	**Sexo:**	Masculino
Nome da Mãe:	CINTIA APARECIDA PEREIRA DOS SANTOS	**Nº CNS:**	898.0041.3545.4285
Responsável:	CINTIA APARECIDA PEREIRA DOS SANTOS - Mãe	**Telefone(s):**	(43)99127-8196
Endereço:	R Jose Augusto De Abreu, 1250, --vila Esperança, 86.250-000 - Nova Santa Barbara/PR		(43)99127-8196

AGENDAMENTO

EAS Executante:	HOSPITAL INFANTIL DOUTOR WALDEMAR MONASTIER	**Telefone:**	(41)3391-8100
Unidade:	Centro Cirúrgico		3391-8100
Endereço EAS:	XV DE NOVEMBRO, 3701 - BOM JESUS. CAMPO LARGO/PR		
Data / Hora:	**24/10/2019 08:10 (Normal)**		
	(Os Pacientes serão atendidos por ordem de chegada)		
Procedimento:	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA ARTICULADA		
Prof. Executante:	LUCIO RICIERI PEROTTI		
Especialidade:	Médico ortopedista e traumatologista		
Observação:			
Justificativa:			

PREPARO

6h HORÁRIO DE INÍCIO DE JEJUM: 00h horas da manhã. PARA CRIANÇAS QUE SE ALIMENTAM DE LEITE MATERNO: ofertar até às _____ horas da manhã. Após este horário é necessário jejum absoluto. OBSERVAÇÕES: - Realizar uma última refeição 30 minutos antes do horário inicial do jejum, sendo que é necessário acordar a criança e ofertar a alimentação para evitar período prolongado sem alimentação. - No dia da cirurgia a criança deverá estar de JEJUM de no mínimo 06 horas (exceto leite materno que são 04 horas de jejum), conforme orientado no agendamento cirúrgico. O JEJUM É ABSOLUTO para alimentos, leite e água. - Documentação obrigatória para internamento: Cartão SUS, Certidão de Nascimento ou RG, CPF (se tiver) Comprovante de residência atualizado, Documento de identificação com foto do acompanhante, Telefone para contato. Após a internação, a criança será encaminhada para a enfermaria para realização da avaliação de enfermagem, troca de roupa e retiradas de adornos. - Se a criança apresentar resfriado, febre, tosse, chiado no peito, dores no corpo, vômitos, diarreia e/ou uso de antibiótico até 03 dias antes da cirurgia, avisar o Hospital o mais breve possível nos telefones (41) 3391-8141 ou (41) 3391-8137 para que o procedimento seja remarcado. - FALTAS SEM COMUNICAÇÃO PRÉVIA acarretarão em final de lista de espera ao ser remarcado o procedimento cirúrgico. - Para o internamento e acompanhamento da criança é OBRIGATÓRIA a presença do pai, mãe ou representante legal. Caso seja necessária a troca de acompanhante por outro familiar será necessário assinatura de autorização junto ao Serviço Social do Hospital. - Trazer a medicação de uso contínuo no dia da internação e avisar a equipe de enfermagem no internamento. Aguardar liberação da enfermagem para poder administrar a medicação. Também informar caso a criança possua algum tipo de alergia (medicamentos e/ou alimentos) ou problema de saúde. - É necessário trazer material de higiene pessoal para o internamento: escova de dente, creme dental, escova de cabelo ou pente, chinelo, muda de roupa para a alta. Trazer somente a quantidade de pertences necessários para o período de internação. - No dia da cirurgia a criança não deve usar: maquiagem, esmalte, grampos ou presilhas de cabelo, lentes de contato, aparelho dentário móvel, jóias ou bijuterias. Não traga pertences de valor. - Não é permitido entrada de qualquer tipo de alimento no Hospital. Enquanto o paciente estiver internado toda alimentação para ele e para o acompanhante será fornecida pela instituição. - Após o procedimento cirúrgico, o tempo de permanência e a alta hospitalar são condutas determinadas pelo médico e deverão ser orientados pelo mesmo.

ATENÇÃO

Comparecer ao Estabelecimento até 30 minutos antes do horário agendando para assegurar a realização do Procedimento. Em caso de cancelamento, por favor informar HOSPITAL INFANTIL DOUTOR WALDEMAR MONASTIER pelos telefones (41)3391-8100 ou 3391-8100 com antecedência de um dia, para que a transferência possa ser executada.

Comparecer no dia do agendamento com um documento com foto (RG, Carteira de Motorista ou Carteira de Trabalho) ou Certidão de Nascimento se for menor de idade. Se for o primeiro agendamento, trazer também Comprovante de Residência e Encaminhamento da Unidade de Saúde. Trazer todos os documentos sob pena de não ser atendido por falta de documentação.

SOLICITAÇÃO DE RETORNO

DE _____ À _____ DIAS

Emissão: 27/09/2019 11:03 Emissor: ADRIANA MA

PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3401/2019

DESTINO:	DATA:	SAÍDA:	RESPONSÁVEL:
CORNELIO	25/10/2019	06:30H	BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	**ANDRESSA PAULO DA SILVA**	**ORTO**	CISNOP	
2	**ANA LUCIA MIGUEL**	**MAMOGRAFIA**	CISNOP	PEGAR NA CASA
3	**ACOMP**			

MOTORISTA:	**EDEZIO**
VEÍCULO:	**VAN ADESIVADA**

PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3408/2019

DESTINO:	DATA:	SAÍDA:	RESPONSÁVEL:
CORNELIO	28/10/2019	06:30H	BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
	MARCIA BORGES	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
	ANGELA MARIA S. FERREIRA	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
	MARINA PROENÇA LINO	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
	JOSIANE MARIA P. VIDAL	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
	LEONILDA CARDOSO RODRIGUES	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
	JOAO OLIVEIRA PERZYSBSZ	OTORRINO	CISNOP	
	ACOMP			
	EVELIN NAIARA PEREIRA		CAPS II	
	ACOMP			
	TATIANE FELIX DE SOUZA		SANTA CASA	
	ARIELY VITORIA G. SILVA	USG	SELETTI	
	ACOMP			
	ANDRESSA DE MORAES	ALTO RISCO	REDE MAE	
	ACOMP			
	ANGELO LAURIANO	RX	ULTRAMED	

MOTORISTA:	EDEZIO
VEÍCULO:	VAN ADESIVADA

JAQUELINE SANTA CASA

PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA
Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3411/2019

DESTINO:	DATA:	SAÍDA:	RESPONSÁVEL:
CORNELIO	29/10/2019	06:30H	BRUNA MUNHOZ

Qtd.	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
	SUELI RODRIGUES ALVES	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
	LUCINAR NOGUEIRA GOMES	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
	MARIA FILOMENA N. GOMES	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
	JOSIMARA PROENÇA DE ALMEIDA	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
	JOAO BATISTA		CAPS II	
	MARIA CLARA VIEIRA	ENDOCRINO	CISNOP	
	ACOMP			PEGAR NA VILA
	ERONDINA LOPES DE OLIVEIRA	ENDOCRINO	CISNOP	PEGAR NA VILA 991883359
	SILVIA HELENA COSTA BARBOSA	ENDOCRINO	CISNOP	
	MARIA JOANA CARRIEL		ORTESE E PROTESE	
	EDITE FERREIRA		H.O.	
	LUZIA DE MELO	ALTO RISCO	REDE MAE	
	ACOMP			
	RAQUEL CRISTINA DOS SANTOS		ORTESE E PROTESE	PEGAR NA CASA 996846816
	JOAO LEANDRO GOES SOUZA	991657238	AUDIBEL	
	MARCOS GABRIEL GARMATE		ORTESE PROTESE	

MOTORISTA:	EDEZIO
VEÍCULO:	VAN ADESIVADA

PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3416/2019

DESTINO:	DATA:	SAÍDA:	RESPONSÁVEL:
CORNELIO	30/10/2019	06:30H	BRUNA MUNHOZ

Nº	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ALESSANDRA PAULA CAETANO	EEG	NEUROCOR	
2	AURORA MARIA JESUS SILVA	EEG	NEUROCOR	PEGAR NA VILA
3	ACOMP			
4	VICTOR HUGO DOMINGUES SOUZA	EEG	NEUROCOR	
5	ACOMP			
6	SEVERINO EGIDIO DA CRUZ	EEG	NEUROCOR	
7	MICAELLY FLORES DE OLIVEIRA	OFTALMO	CISNOP	
8	ACOMP			
9	PAULO MARTINS M. SOUZA 99101-8999	OFTALMO	CISNOP	
10	ACOMP			
11	AILTON PRIMO DANIEL		CAPS AD	
12				
13				
14				
15				

MOTORISTA:	EDEZIO
VEÍCULO:	VAN ADESIVADA

PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3419/2019

DESTINO:	DATA:	SAÍDA:	RESPONSÁVEL:
CORNÉLIO	31/10/2019	06:30 HR	BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	**ADENIR RODRIGUES**	**PSIQ**	**CISNOP**	
2	**PAULA ALMEIDA DA SILVA**	**PSIQ**	**CISNOP**	
3	**ACOMP**			
4	**NEUDINA APARECIDA MARTINS**	**PSIQ**	**CISNOP**	
5	**ACOMP**			
6	**ISRAEL APARECIDO FARIAS RIBEIRO**	**PSIQ**	**CISNOP**	
7	**ACOMP**			
8	**JOAO BATISTA**		**CAPS II**	
9	**DILENI DUARTE AGUIAR**	**USG**	**SELETTI**	
10	**JOSE MARCIANO DE SANTANA**	**RX**	**ULTRAMED**	
11	**OSNEI DE FREITAS**	**RX**	**ULTRAMED**	
12	**ACOMP**			
13	**KETELIN DAIANE CARNEIRO SANTANA**		**CAPS II**	
14	**ACOMP**			
15				

MOTORISTA:	**EDEZIO**
VEÍCULO:	**VAN ADESIVADA**

PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3425/2019

DESTINO:	DATA:	SAÍDA:	RESPONSÁVEL:
CORNÉLIO	01/11/2019	06:30 HR	BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	APARECIDA DO ROCIO TRINDADE	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
2	CLAUDINEIA MARQUES EVANGELISTA	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
3	IZAUILDA DE LIMA	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
4	SALVELINA ISABEL AGUIAR	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
5	PAULO SAMPAIO DOS SANTOS	RX	ULTRAMED	PEGAR NA CASA
6	ACOMP			
7	FRANCISCA HONORINA MARIA VERAS	ECG	CISNOP	
8	FRANCISCO DOS SANTOS	RX+TRAUMA	ULTRAMED+CLINICO P	
9	JOEL FARIAS DOS SANTOS	RX+TRAUMA	ULTRAMED+CLINICO P	
10	HILDA DOS SANTOS ARAUJO		HOSP. OLHOS	
11	ACOMP			
12	JANDIRA VICENTE DA SILVA	MAMOGRAFIA	SELETTI	
13	ACOMP			
14	EVELIN NAIARA PEREIRA		CAPS II	
15	ACOMP			

MOTORISTA:	EDEZIO
VEÍCULO:	VAN ADESIVADA

PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3431/2019

DESTINO:	DATA:	SAÍDA:	RESPONSÁVEL:
CURITIBA	04/11/2019	12:00 HR	BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	**CLAUDEMIR DONIZETE JUSCELINO**	**ALTA CIRURGICA – HOSP. CRUZ VERMELHA**	**CASA DE APOIO IDEAL**	
2	**ACOMP**			
3	**EVERTON PAULO MENDES DE SOUZA**	**ALTA CIRURGIA BARIATRICA**	**CASA DE APOIO RECANTO DAS BORBOLETAS**	
4	**ACOMP**			

MOTORISTA:	**EDEZIO**
VEÍCULO:	**FIAT TORO**

PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3435/2019

DESTINO:	DATA:	SAÍDA:	RESPONSÁVEL:
CORNELIO	05/11/2019	06:30 HR	BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	KARLA CRISTINA NASCIMENTO MACEDO	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
2	INES APARECIDA DOS SANTOS	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
3	MARIA APARECIDA PEREIRA GONCALVES	MAMOGRAFIA	CEDIMAGEM	
4	PAMELA GRABRIELE FLORES LOPES	ALTO RISCO	REDE MÃE	
5	ACOMP			
6	MARIA CRISTINA CHAGAS DE LIMA	ALTO RISCO	REDE MAE	
7	ACOMP			
8	REIRIANE REIKO IWAMOTO KOBORI	ALTO RISCO	REDE MAE	
9	ACOMP			
10	FABIANE MAINARDES LOURENÇO	NEURO	DRA. FABIANNE	
11	ACOMP			
12	JOAO BATISTA		CAPS II	
13	KETELIN DAIANE CARNEIRO		CAPS II	
14	ACOMP			
15	GERSIANE SUBTIL	VISITA	SANTA CASA	

MOTORISTA:	EDEZIO
VEÍCULO:	VAN ADESIVADA

PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO

LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3440/2019

DESTINO:	DATA:	SAÍDA:	RESPONSÁVEL:
CORNELIO	06/11/2019	06:30 HR	BRUNA MUNHOZ

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	**JOSIANE MARIA P. VIDAL**	**MAMOGRAFIA**	**CEDIMAGEM**	
2	**ROSALIA DA SILVA PEREIRA**	**MAMOGRAFIA**	**CEDIMAGEM**	
3	**CLEUZA FATIMA C. SILVA**	**MAMOGRAFIA**	**CEDIMAGEM**	
4	**LAYSE EMANUELY B. SILVA**	**RX**	**ULTRAMED**	
5	**ACOMP**			
6	**PEDRO H. PEREIRA BRITO**	**NEURO**	**DRA. FABIANNE**	
7	**ACOMP**			
8	**INA DA MOTA**	**COLPOSCOPIA**	**CISNOP**	
9	**ACOMP**			
10	**ROSENI DO NASCIMENTO**		**SANTA CASA**	
11	**MARIA CRISTINA BARBOSA**		**CAPS II**	
12	**ACOMP**			
13	**MAURECI MENDES SANTOS**	**OFTALMO**	**CISNOP**	
14	**ANA PAULA DA SILVA**	**OFTALMO**	**CISNOP**	
15	**ROSANA BATARCE**		**SANTA CASA**	

MOTORISTA:	**EDEZIO**
VEÍCULO:	**VAN ADESIVADA**

Emissão de comprovantes

G337241600845170010
24/10/2019 16:03:49

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
24/10/2019 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.03.50
257302573          SEGUNDA VIA              0001
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
              COMPROVANTE DE
              DOC ELETRONICO
CLIENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
AGENCIA: 2573-9 CONTA:        17.915-9
================================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE
REMETENTE : FMS NOVA ST BARBARA - FUS
BANCO: 748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0717-X - SICREDI CAMBARA
CONTA:      60.342-2

FAVORECIDO:  EDEZIO RODRIGUES DE PROENCA
CPF/CNPJ:     865.433.939-04
VALOR: R$                                 800,00
DEBITO EM: 24/10/2019
================================================
DOCUMENTO: 102401
AUTENTICACAO SISBB:        5.655.F53.AAE.1DE.F1C
```

Transação efetuada com sucesso por: JB534388 MICHELE S JESUS.