



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°
4156	22/08/2022	4165	3265/2022	1994/2022	

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 _____
Fornecedor _____ Matrícula _____ CPF/CNPJ _____
IRANI RIBEIRO FRAGOSO 1985-2 708.946.479-20
Endereço _____ Bairro _____
RUA ISMAEL MODESTO DE PINHO, 281 - CASA CENTRO
Cidade/UF _____ CEP _____ Fone _____ Tipo de conta bancária _____ Banco _____ Agência _____ Conta _____
Nova Santa Bárbara/PR 86250-000 43991438016 Conta Corrente 748 7171-5 49690-1

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

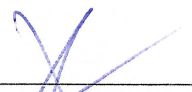
Servidor que autorizou o pagamento _____
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Recursos _____ Documento _____ Data _____ Valor _____
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303 082201 22/08/2022 R\$ 800,00

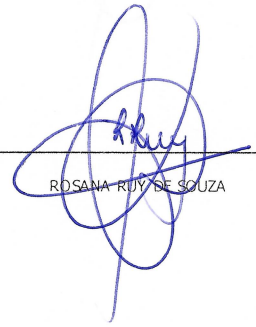
Recibo _____
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 1994/2022.

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

065/2022 Emitido em **08/07/2022** Requisição Nº _____ Empenho Nº **1994/2022**

Objeto: _____
 Número: _____
 Tipo de licitação: _____
 Contrato/Aditivo: _____
 Vigência: _____ Aditivo: _____ Início da vigência: _____ Fim da vigência: _____ Fim da vig. atualizada: _____ Início da execução: _____ Fim da execução: _____ Fim da exe. atualizada: _____

Beneficiário: **IRANI RIBEIRO FRAGOSO** Matrícula: **1985-2** CPF/CNPJ: **708.946.479-20**
 Endereço: **AV. ISMAEL MODESTO DE PINHO, 281 - CASA** Bairro: **CENTRO**
 CEP: **86250-000** Fone: **43991438016** Tipo de conta bancária: **Conta Corrente** Banco: **748** Agência: **7171-5** Conta: **49690-1**

Classificação da despesa	Saldo do empenho
08 Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 800,00
08.001 Fundo Municipal de Saúde	
0.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor liquidado
	R\$ 800,00
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	Saldo a Liquidar
710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	R\$ 0,00

Outras informações: _____
 Retenções: _____
 Total de retenções: **R\$ 0,00**
 Valor líquido: **R\$ 800,00**

Autorizador que autorizou a liquidação: **730 - ROSANA RUY DE SOUZA**

Justificativa: **DE IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A MOTORISTA IRANI RIBEIRO FRAGOSO, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.**

 Marco Antonio de Assis Nunes
 Emissor

 ROSANA RUY DE SOUZA

17915-9

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 **1994/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **08/07/2022** 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 **IRANI RIBEIRO FRAGOSO** Matrícula **1985-2** CPF/CNPJ **708.946.479-20**

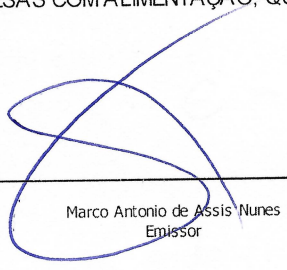
Endereço **RUA ISMAEL MODESTO DE PINHO, 281 - CASA** Bairro **CENTRO**

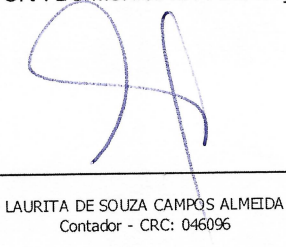
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **43991438016** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **7171-5** Conta **49690-1**

Classificação da despesa		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 51.780,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	
10.301.0330.2024	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado R\$ 800,00
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS	
2710	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Do Exercício	Saldo atual R\$ 50.980,00

Outras informações _____

Histórico _____
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A MOTORISTA IRANI RIBEIRO FRAGOSO, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, 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


ROSANA RUY DE SOUZA



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 225/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 08/07/22

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, **Irani Ribeiro Fragoso** haja vista que as viagens são realizadas fora do Município.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

E-1994

L-3265

C-2710

F-19852


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por:

Wane

Nome

[Assinatura]

Assinatura

08/07/22

Data



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

E 1994/22
18 22/08
nº 4156.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Liani R. Fragozo</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
22/08/2022	40,00		x	40,00
23/08/2022	40,00		x	40,00
24/08/2022	40,00		x	40,00
25/08/2022	40,00		x	40,00
26/08/2022	40,00		x	40,00
29/08/2022	40,00		x	40,00
30/08/2022	40,00		x	40,00
31/08/2022	40,00		x	40,00
01/09/2022	40,00		x	40,00
02/09/2022	40,00		x	40,00
05/09/2022	40,00		x	40,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				440,00

RESUMO DAS DESPESAS

Nome: <i>Liani R. Fragozo</i> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: <i>[Signature]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
22/08/2022	Viagem realizada para São Jerônimo de São Carlos Hospital
23/08/2022	Viagem realizada para São Jerônimo Hospital Humanitas
24/08/2022	Viagem realizada para Cornélio Procopio Santo Casa
25/08/2022	Viagem realizada para São Jerônimo Humanitas
26/08/2022	Viagem realizada para Cornélio Procopio Hospital
29/08/2022	Viagem realizada para Londrina HU
30/08/2022	Viagem realizada para Jacareizinho Hospital de Olhos
31/08/2022	Viagem realizada para Cornélio Procopio Santo Casa
01/09/2022	Viagem realizada para Londrina Omega
02/09/2022	Viagem realizada para Assai Clinicas
05/09/2022	Viagem realizada para Assai Clinicas



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Thami R. Fragozi</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
06/09/2022	40,00		X	40,00
08/09/2022	40,00		X	40,00
09/09/2022	40,00		X	40,00
12/09/2022	40,00		X	40,00
13/09/2022	40,00		X	40,00
14/09/2022	40,00		X	40,00
15/09/2022	40,00		X	40,00
16/09/2022	40,00		X	40,00
17/09/2022	40,00		X	40,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				360,00

RESUMO DAS DESPESAS

Nome: <i>Thami R. Fragozi</i> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: <i>[Signature]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
06/09/2022	Viagem realizada para Cornélio Procopio Neiro
08/09/2022	Viagem realizada para Assai Olimas
09/09/2022	Viagem realizada para Assai Br + Saúde
12/09/2022	Viagem realizada para Cornélio Procopio Olimas
13/09/2022	Viagem realizada para Cornélio Hemodialise
14/09/2022	Viagem realizada para Santo Mariano Hospital
15/09/2022	Viagem realizada para Assai Olimas
16/09/2022	Viagem realizada para bordure HC
17/09/2022	Viagem realizada para Cornélio Olimas



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 1196/2022

DESTINO:
SÃO JERÓNIMO

DATA:
22/08/2022

SAÍDA:
06:30HR

RESPONSÁVEL:
valeria

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ODETE FRANCISCO DE SOUZA	DERMATO e		
2	MARIA EDUARDA MONTEIRO	DERMATO e		
3	TEREZA TOYO ITO	DERMATO		
4	MARIA APARECIDA BEZERRA SILVA	DERMATO	e	
5	MARIA APARECIDA TRINDADE	DERMATO		
6				
7				
8				
MOTORISTA		IRANI		
VEICULO		VAN		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 1197/2022

DESTINO:
SÃO JERÔNIMO

DATA:
22/08/2022

SAÍDA:
12:30HR

RESPONSÁVEL:
valeria

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA ILMA SOUZA	CARDIO	POSTO	
2				
MOTORISTA		IRANI		
VEICULO		VAN		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1205/2022

DESTINO:
SÃO JERÓNIMO

DATA:
23/08/2022

SAÍDA:
06:30HR

RESPONSÁVEL:
valeria

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	DELOURDES FERREIRA SANTOS	DERMATO	PEGAR NA CASA	
2	ACOMP			
MOTORISTA		IRANI		
VEICULO		KWIDI		

3. Luiz Bittencourt

4. Beatriz



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1224/2022

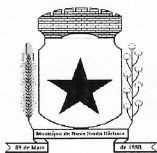
DESTINO:
CORNELIO PROCOPIO

DATA:
24/08/2022

SAÍDA:
06:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	NOEMIA EGIDIO DA CRUZ	AMAMENTAR	PEGAR NA CASA	
2	ACOMP			
MOTORISTA		IRANI		
VEICULO		KWIDI		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 1219/2022

DESTINO:
SÃO JERÓNIMO DA SERRA

DATA:
25/08/2022

SAÍDA:
06:30HR

RESPONSÁVEL:
valeria

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ROSELENE BRITO	DERMATO		
MOTORISTA		IRANI		
VEICULO		SPIN		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1263/2022

DESTINO:
CORNELIO PROCOPIO

DATA:
26/08/2022

SAÍDA:
06:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	NOENIA MAINARDES	SANTA CASA		
2				
3				
MOTORISTA		IRANI		
VEICULO		AMBULANCIA PEQUENA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1240/2022

DESTINO:
SÃO JERÔNIMO

DATA:
29/08/2022

SAÍDA:
06:30HR

RESPONSÁVEL:
valeria

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	RAISSA DA SILVA RODRIGUES	DERMATO		
2	ACOMP			
3	MARCUS CARVALHO	DERMATO		
4	ACOMP			
5	DAYANE REZENDE	DERMATO		
6	ACOMP			
MOTORISTA		IRANI		
VEICULO		VAN		