



Município de Nova Santa Bárbara - PR

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

NOTA DE PAGAMENTO

Número **5722** Data **17/11/2022** Previsão N° **5728** Liquidação N° **5408/2022** Empenho N° **3357/2022** Requisição N°

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

JOSE WILSON DA SILVA

Endereço **RUA ARMANDO RUY, 293 - CASA**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR**

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**

Matrícula **3057-1** CPF/CNPJ **365.263.989-87**

Bairro **ALTO DA BOA VISTA**

Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620655-7**

Outras informações Valor **R\$ 800,00**

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

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

Recursos **00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)** Documento **Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303** Data **17/11/2022** Valor **R\$ 800,00**

Recibo Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 3357/2022.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

EDIVANIA MARTINS DE LIMA
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 **5408/2022** Emitido em **03/11/2022** Requisição Nº _____ Empenho Nº **3357/2022**

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 **JOSE WILSON DA SILVA** Matrícula **3057-1** CPF/CNPJ **365.263.989-87**
Endereço **RUA ARMANDO RUY, 293 - CASA** Bairro **ALTO DA BOA VISTA**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **43996764183** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620655-7**

Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo do empenho
08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 800,00
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 800,00
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo a 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 JOSE WILSON DA SILVA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.



Claudia Pereira da Silva
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 **3357/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **03/11/2022** 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 **JOSE WILSON DA SILVA** Matrícula **3057-1** CPF/CNPJ **365.263.989-87**

Endereço **RUA ARMANDO RUY, 293 - CASA** Bairro **ALTO DA BOA VISTA**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **43996764183** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **620655-7**

Classificação da despesa _____

08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior

08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 15.150,00

10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado

3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 800,00

2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo atual

Do Exercício R\$ 14.350,00

Outras informações _____

Histórico _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA JOSE WILSON DA SILVA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Claudia Pereira da Silva
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
Contador - CRC: 046096

ROSANA RUY DE SOUZA

Secretaria Municipal de Saúde

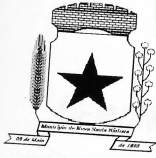
Recebido por _____

Nome

Assinatura

Data

Rua Antônio Joaquim Rodrigues, 2143 - 2202 - CEP: 86250-000 - Nova Santa Bárbara - Paraná
 E-mail: prefeitura@nova-santabarbara.pr.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

3357

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 364/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 03/11/2022

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, **Jose Wilson da Silva** 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

1683

Recebido por: _____

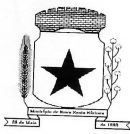
Nome


Assinatura

03/11/22
Data

893/18

2710



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

E 3357/22
18/11/22
m 5722.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

| | |
|--|---------------------------------------|
| Funcionário: <u>Jose Wilson da Silva</u> | Cargo ou Função: <u>Notarista</u> |
| Órgão: <u>Secretaria Municipal de Saúde</u> 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 |
|--|---------------|------------|--------|---------------|
| 11/11/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 15/11/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 16/11/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 17/11/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 21/11/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 23/11/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 25/11/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 29/11/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 01/12/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 02/12/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 03/12/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 05/12/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| TOTAL | 480,00 | | | 480,00 |
| TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver) | | | | 480,00 |
| | | | | 480,00 |

RESUMO DAS DESPESAS

| | | |
|--|---|--|
| Nome: <u>Jose Wilson da Silva</u> Assinatura do Funcionário _____/_____/_____ _____ | Nome: <u>[Signature]</u> Secretário _____ | Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro _____ |
|--|---|--|

| DATA | HISTÓRICO DO ITINERÁRIO |
|------------|--|
| 11/11/2022 | N.S.B. P. Londrina - Remato 1645 Maria AP Batista- |
| 15/11/2022 | N.S.B. P. Londrina Omega 1658 Patricia Gedes |
| 16/11/2022 | N.S.B. P. Santa Maria Gestante 1664 Camila |
| 17/11/2022 | N.S.B. P. Londrina curso 1672 Gabriel STEFANY da Silva |
| 21/11/2022 | N.S.B. P. Londrina ICL 1692 Maria Zogomsky |
| 23/11/2022 | N.S.B. P. Londrina Utracim 1705 Aureomir dias |
| 25/11/2022 | N.S.B. P. Arapongas cirurgico 1721 Reginaldo AP Silveira |
| 29/11/2022 | N.S.B. P. Londrina - Utracim 1734 Erudina Brazola |
| 01/12/2022 | N.S.B. P. Londrina curso 1747 Gabriel STEFANY da Silva |
| 02/12/2022 | N.S.B. P. Londrina ortopedico 1759 Alvaro da Silva |
| 03/12/2022 | N.S.B. P. Sao Jeronimo Rx Alan Gustavo Santos |
| 05/12/2022 | N.S.B. P. Londrina Salus 1770 Renata Aneli Traciaci |



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

2

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: Jose Wilson da Silva Cargo ou Função: Motorista

Função: Secretaria Municipal de Saúde Nota de Empenho N°: _____
 Unidade Administrativa: _____ Solicitação N° _____

DESPESA REALIZADA COM RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: ____/____/____

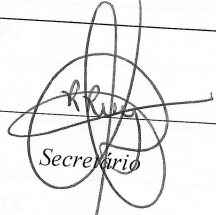
NÚMERO DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____

TÍTULO DO ADIANTAMENTO: _____

| DATA | DIÁRIA | TRANSPORTE | OUTROS | TOTAL |
|---|--------|------------|--------|--------|
| 21/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 21/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 21/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 21/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 21/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 21/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 21/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 21/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 21/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| 21/2022 | 40,00 | | | 40,00 |
| TOTAL | 320,00 | | | 320,00 |
| TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver) | | | | 320,00 |
| | | | | 320,00 |

RESUMO DAS DESPESAS

Assinatura do Funcionário: Wilson da Silva Nome: _____

Assinatura do Secretário:  Nome: _____

Assinatura do Tesoureiro: _____

HISTÓRICO DO ITINERÁRIO

| DATA | DESCRIÇÃO | VALOR | RECEBIDO EM |
|-------|-----------------------------------|-------|--------------------------|
| 20.22 | N. S. B. P. Londrina Dentista | 1780 | Vanessa Ruy |
| 2022 | N. S. B. P. Londrina OFTALMO | 1796 | João Vitor Santos Araujo |
| 2022 | N. S. B. P. Maringa Josefa | | |
| 2022 | N. S. B. P. ASSAI BR | 1816 | Vitorio Slefany Rocha |
| 2022 | N. S. B. P. Banderantes Imocospio | 1826 | Maria Aparecida Santos |
| 2022 | N. S. B. P. Londrina OFTALMO | 1835 | Neide Proença Gomes |
| 2022 | N. S. B. P. Cornélio Alta | | Jose Rodrigues |
| 2022 | N. S. B. P. Londrina Santa casa | 1850 | Adail Silva |



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1645/2022

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
11/11/2022

SAÍDA:
05:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

| Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|----------------------------|------------------|---------------|--------------------------|
| MARIA AP. BATISTA | REUMATO | REUMATOLIFE | |
| ANTONIA ROSELI MAINARDES X | REUMATO | REUMATOLIFE | PEGAR NA VILA RURAL |
| CRISTIANE AP. DA SILVA | PNEUMO | REUMATOLIFE | Bardenantes 865 |
| APARECIDA DE FATIMA RUY F | PNEUMO | MEDICALE | pegar na casa foto saud |
| MIGUEL GONÇALVES PEREIRA | PNEUMO | MEDICALE | foto |
| CECILIA M. FIGUEREDO | PNEUMO | MEDICALE | |
| LUIZA BORTOTTI | PNEUMO | MEDICALE | PEGAR NA IGREJA SÃO JOSE |
| JOAO SOUZA PIMENTEL | PNEUMO | MEDICALE | |
| ACOMP | | | PEGAR NA CASA |
| GABRIELY STEFANY ONIAS não | CURSO | SÓ VAI | |
| ANTONIO FABIANO MENEZES | PNEUMO | MEDICALE | PEGAR NO AGEU |
| ANGELICA MIGUEL X | USG | ULTRA CLIN | |
| ACOMP | | | PEGAR NO CELINHO |
| EODINA FRANCIELI DIAS * | DENTISTA | | |
| KEILA TIMES / | | | PEGAR NA VILA RURAL |
| OTAVIO BIECO | | HOSP DE OLHOS | |
| COMP | | | |
| EREZINHA ALMEIDA ✓ | DENTISTA | | |
| COMP X | | | |
| EREIDE BORTOTTI | RUA: PARANA, 427 | | |
| comp aguardado Ruy | | | |
| JOSE WILSON | | | |



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1658/2022

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
15/11/2022

SAÍDA:
08:30 H:R

RESPONSÁVEL:
VALERIA

| Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|-----------------|---------------|---------|---------------|
| PATRICIA GUEDES | RNM | OMEGA | PEGAR NA CASA |
| ACOMP | | | |
| | | | |
| CONDUTORISTA | JOSE WILSON | | |
| VEICULO | SPIN | | |



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1664/2022

DESTINO:
SANTA MARIANA

DATA:
16/11/2022

SAÍDA:
06:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

| Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|--------------------|---------------|---------|-------|
| CAMILA | GESTANTE | | |
| DANIELA SILVEIRA | GESTANTE | | |
| ELIANE / CRISTIANE | | | |
| | | | |
| CRISTA | JOSE WILSON | | |
| ULO | GOL PSF | | |



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1672/2022

DESTINO:
LONDRINADATA:
17/11/2022SAÍDA:
05:30 HRRESPONSÁVEL:
VALERIA

| Qtd | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|-----------|---------------------------------|---------------|---------------|--------------------------|
| 1 | GABRIELY STEFANY DA SILVA ONIAS | CURSO | | |
| 2 | VALDUIR FERREIRA | HOSP DE OLHOS | | PEGAR NO AGEU |
| 3 | ACOMP | | | PEGAR NA CASA |
| 4 | ANA ALICE SOUZA SANTOS | USG | ULTRACLIN | |
| 5 | ACOMP | | | |
| 6 | IZAUILDA DE LIMA | USG | ULTRACLIN | |
| 7 | EDSON CHAVES | C. GERAL | ARAPONGAS | PEGAR NO POSTO DE SAUDE |
| 8 | CLAUDIA P. DA SILVA | OFTALMO | | PEGAR NA IGREJA SÃO JOSE |
| 9 | JORGE EMANUEL GOMES | | | |
| 10 | ROSA MARIA FERREIRA | OFTALMO | HOSP DE OLHOS | |
| 11 | ACOMP | | | |
| 12 | VANEZA BIECO | OFTALMO | HOSP DE OLHOS | |
| 13 | ACOMP | | | |
| 14 | PAULO P. QUADROS | SAS | | |
| 15 | ANA LIVIA BRITO | OTORRINO | ARAPONGAS | |
| 16 | VANESSA BRITO | | | |
| 17 | MARILENE | | | |
| 18 | Aline Braz Diemi | | | Pegar no cinto |
| MOTORISTA | | JOSE WILSON | | |
| VEICULO | | VAN 21 | | |



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA
Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1692/2022

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
21/11/2022

SAÍDA:
12:40 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

| Cid | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|-----------|---------------------|---------------|---------|---------------|
| | MARCIA ZAGANSKI | BLAQUIO | ICL | PEGAR NA CASA |
| | ACOMP | | | |
| | HELENA AP. PIMENTEL | ENDOSCOPIA | SINTRAS | |
| | ACOMP | | | |
| MOTORISTA | | JOSE WILSON | | |
| VEICULO | | SPIN | | |



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA
Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 1705/2022

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
23/11/2022

SAÍDA:
05:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

| Ord | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|--------------|---------------------------------|--------------------|------------|------------------------------|
| 1 | AULEANDRA DIAS | USG | ULTRA CLIN | |
| 2 | ANA ALVES RODRIGUES | ECO | ULTRA CLIN | Pegar no Celinho |
| 3 | IRMA DE SOUZA RODRIGUES | USG | ULTRA CLIN | |
| 4 | JOSE BELARMINIO DA SILVA | ICL | ULTRA CLIN | |
| 5 | ACOMP | dentista 1ª no ICH | | PEGAR NO CELINHO |
| 6 | IGOR ZEQUINE | ORTOPEDIA | ARAPONGAS | |
| 7 | EODINA FRANCIETE DIAS RODRIGUES | ICL | | PEGAR NO AGEU |
| 8 | Paula Priscila Pereira | Ultra clin | | PEGAR NA VILA RURAL BARRAÇÃO |
| 9 | Isacene Jones Nolas | radio | Arapongas | |
| 10 | Amy | | | |
| 11 | Família Gabriel Rocha | Anestesista | Arapongas | |
| 12 | Patricia Lando | Ortopedia | Arapongas | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |
| 32 | | | | |
| 33 | | | | |
| 34 | | | | |
| 35 | | | | |
| 36 | | | | |
| 37 | | | | |
| 38 | | | | |
| 39 | | | | |
| 40 | | | | |
| 41 | | | | |
| 42 | | | | |
| 43 | | | | |
| 44 | | | | |
| 45 | | | | |
| 46 | | | | |
| 47 | | | | |
| 48 | | | | |
| 49 | | | | |
| 50 | | | | |
| 51 | | | | |
| 52 | | | | |
| 53 | | | | |
| 54 | | | | |
| 55 | | | | |
| 56 | | | | |
| 57 | | | | |
| 58 | | | | |
| 59 | | | | |
| 60 | | | | |
| 61 | | | | |
| 62 | | | | |
| 63 | | | | |
| 64 | | | | |
| 65 | | | | |
| 66 | | | | |
| 67 | | | | |
| 68 | | | | |
| 69 | | | | |
| 70 | | | | |
| 71 | | | | |
| 72 | | | | |
| 73 | | | | |
| 74 | | | | |
| 75 | | | | |
| 76 | | | | |
| 77 | | | | |
| 78 | | | | |
| 79 | | | | |
| 80 | | | | |
| 81 | | | | |
| 82 | | | | |
| 83 | | | | |
| 84 | | | | |
| 85 | | | | |
| 86 | | | | |
| 87 | | | | |
| 88 | | | | |
| 89 | | | | |
| 90 | | | | |
| 91 | | | | |
| 92 | | | | |
| 93 | | | | |
| 94 | | | | |
| 95 | | | | |
| 96 | | | | |
| 97 | | | | |
| 98 | | | | |
| 99 | | | | |
| 100 | | | | |
| CONDUTORISTA | | JOSE WILSON | | |
| VEICULO | | VAN 15 | | |