



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 PAGAMENTO

Número	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
1778	29/04/2020	1822	1513/2020	859/2020	

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 _____

ROGERIO BATISTA DOS SANTOS 3800-8 040.157.949-23

Endereço _____ Bairro _____

RUA VEREADOR PEDRO BEATRIZ, 81 - CASA

Cidade/UF _____ CEP _____ Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
São Jerônimo da Serra/PR 86270-000 _____ Conta Corrente 237 57-4 621537-8

Classificação da despesa
2560 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 042907 29/04/2020 R\$ 800,00

Recibo _____

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 859/2020.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____

KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tessoureira

MICHELE SOARES DE JESUS
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



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 **1513/2020** Emitido em **22/04/2020** Requisição Nº _____ Empenho Nº **859/2020**

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 **ROGERIO BATISTA DOS SANTOS** Matrícula **3800-8** CPF/CNPJ **040.157.949-23**
 Endereço **RUA VEREADOR PEDRO BEATRIZ, 81 - CASA** Bairro _____

Cidade/UF **São Jerônimo da Serra/PR** CEP **86270-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **621537-8**

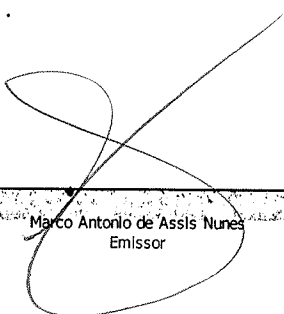
Classificação da despesa _____
 08 Secretaria Municipal de Saúde **Saldo do empenho R\$ 800,00**
 08.001 Fundo Municipal de Saúde **Valor liquidado R\$ 800,00**
 10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde **Saldo a liquidar R\$ 0,00**
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
 2560 00303 Saúde - 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 _____
 40221 - MICHELE SOARES DE JESUS

Histórico _____
 ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA ROGERIO BATISTA DOS SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.


 Marco Antonio de Assis Nunes
 Emissor


 MICHELE SOARES DE JESUS
 SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

17915-9

Paradiso
 09/0057-4
 01625537-8



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 **859/2020** Tipo **Ordinário** Emitido em **22/04/2020** 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 **ROGERIO BATISTA DOS SANTOS** Matrícula **3800-8** CPF/CNPJ **040.157.949-23**
 Endereço **RUA VEREADOR PEDRO BEATRIZ, 81 - CASA** Bairro _____

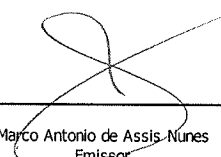
Cidade/UF **São Jerônimo da Serra/PR** CEP **86270-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **237** Agência **57-4** Conta **621537-8**

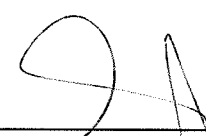
Classificação da despesa		Saldo anterior
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 87.400,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	
10.301.0320.2025	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	Valor empenhado
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS	R\$ 800,00
2560	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
	Do Exercício	R\$ 86.600,00

Outras informações _____

Histórico _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA ROGERIO BATISTA DOS SANTOS, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIA GEM FORA DO MUNICIPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE.

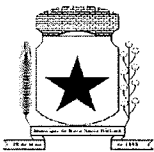

 Marco Antonio de Assis Nunes
 Emissor


 LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
 Contador - CRC: 046096


 MICHELE SOARES DE JESUS
 SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde

R\$ 800,00



PREFEITURA MUNICIPAL

C-259

NOVA SANTA BÁRBARA**CORRESPONDÊNCIA INTERNA****DE:** Secretaria Municipal de Saúde**Nº78/2020****PARA:** Secretaria de Administração**DATA:22/04/20****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, **Rogério Batista dos Santos** 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

C-2560

F. 38008

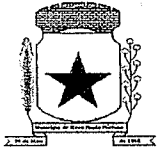
Recebido por:

Nome

Assinatura

22 / 04 / 20

Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E. 859/20
Pg 29/04/20
nº 1478.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Rogério Batista dos Santos</i>	Cargo ou Função:
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
25 04 20	40.00			40.00
28 04 20	40.00			40.00
30 04 20	40.00			40.00
01 05 20	40.00			40.00
04 05 20	40.00			40.00
06 05 20	40.00			40.00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				RS 240,00

Nome: <i>Rogério B Santos</i> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
25.04	Viagem para Itaipava (Cristo Rei)
28.04	Viagem para Londrina CV 3904/20
30.04	Viagem para Londrina CV 3911/20
01.05	Viagem para Cornélio Procopio (Hemodialise)
04.05	Viagem para Londrina CV 3914/20
06.05	Viagem para Londrina CV 3919/20

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Rogério Batista dos Santos</i>	Cargo ou Função:
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\$ _____	

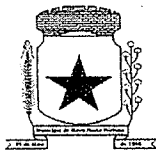
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
08.05.20	40.00			40.00
12.05.20	40.00			40.00
14.05.20	40.00			40.00
16.05.20	40.00			40.00
18.05.20	40.00			40.00
20.05.20	40.00			40.00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 240.00

Nome: <i>Rogério B Santos</i> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
08.05	Viagem para Cornélio Procopio
12.05	Viagem para Grapegas Londrina CV 3932/20
14.05	Viagem para Londrina CV 3949/20
16.05	Viagem para Londrina CV Hospital 10/He
18.05	Viagem para Londrina CV 3952/20
20.05	Viagem para Santa Mariana CV 3959/20

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Rogério Batista dos Santos</i>	Cargo ou Função:
Órgão: 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\$ _____	

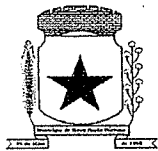
RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
08.05.20	40.00			40.00
12.05.20	40.00			40.00
14.05.20	40.00			40.00
16.05.20	40.00			40.00
18.05.20	40.00			40.00
20.05.20	40.00			40.00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 240.00

Nome: <i>Rogério B. Santos</i> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
08.05	Viagem para Cornélio Procopio
12.05	Viagem para Grapegangas Londrina CV 3932/20
14.05	Viagem para Londrina CV 3949/20
16.05	Viagem para Londrina CV Hospital 10/110
18.05	Viagem para Londrina CV 3952/20
20.05	Viagem para Santa Mariana CV 3959/20

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA**DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO**

Funcionário: <i>Rogério B. das Santos</i>	Cargo ou Função:
Órgão: 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
19.05.20	100,00			100,00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				RS 100,00

Nome: <i>Rogério B. Santos</i> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
19.05	Viagem para Curitiba cv 3953/20

Observações:



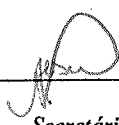
PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Rogério Batista das Santos</i>	Cargo ou Função:
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
22.05.20	40.00			40.00
24.05.20	40.00			40.00
26.05.20	40.00			40.00
28.05.20	40.00			40.00
30.05.20	40.00			40.00
01.06.20	40.00			40.00
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				R\$ 240,00

Nome: <i>Rogério B. Santos</i> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome:  Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
--	---	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
22.05	Viagem para Londrina CV 3967
24.05	Viagem para Londrina CV 3960/20
26.05	Viagem para Cor Procopio Jacorecinho CV 3963
28.05	Viagem para Londrina cor Procopio CV 3989/20
30.05	Viagem para Cassai CV 3986/20
01.06	Viagem para Londrina CV 3987/20

Observações:

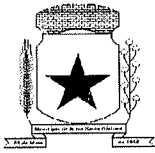


NOVA SANTA BÁRBARA

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
15/04/20	Beatriz Selic do Souza marcelo romizete da Silva	alta — futura na mão	Amal Prata	José Wilson	13:30		e.p. e cont. medicina	Spin Preto
18/04/20	marcelo Romizete	otito-	Prata/ama	Rogério	14:45		Cornelio	Spin/Preto
18/04/20	José Gibson Selic	Sutura + Pélio Unha	Prata/ama	Solano	18:20		STACORO Cornelio	Spin/Preto
19/04/20	marie Fúmina de Silva	Dr. maurício	Dr. prata AVE	Thom	11:10			
21/04/20	José Lesse	Acidente Trabalho	Bruna	Rogério	17:30		HU Londrina	Ambulância
21/04/20	Claudio	visita	Sachine	Solano	19:30		Itaipora	Spin Preto
25/04/20	Dine Persina Silva	Alta Hospitalar	Tau Pri	Rogério	13:00		Itaipora	Spin Preto
29/04/20	waater do Patric	Oficina União	Bruna	Ruiz	12:30		Cambé	Spin Preto
01/05/20	Tamires D. Rocha HARDY	con tipo contraco	Pri/ama	Soma	8:30		5ta Caro Cornelio	SAMU
01/05/20	Homem aliã		Bruna	Daguo	03:30		STAO 201 ma	Spin Preto
01/05/20	Bruna alta	acompanhamento do Tamires Hardy	Pri/ama	Willy aurolonhe	10:15		STACORO Cornelio	Spin Preto



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3904/2020

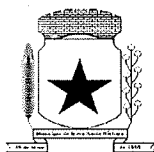
DESTINO:
LONDRINA

DATA:
28/04/2020

SAÍDA:
05:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MALDIA VAZ	CONSULTA CLINICA	ICL	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
MOTORISTA		ROGERIO		
VEICULO		SPIN PRETA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3911/2020

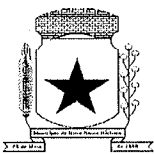
DESTINO:
LONDRINA

DATA:
30/04/2020

SAÍDA:
11:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIZA MACHADO	RADIODIAGNÓSTICO	ICL	PEGAR NA CASA
MOTORISTA		ROGERIO		
VEICULO		SPIN AUTOMATICA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3919/2020

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
06/05/2020

SAÍDA:
05:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	MARIA EVA DA SILVA	CONSULTA CLINICA	ICL	ESPERAR NA ESCADINHA DA SAIDA DA CIDADE
2	ACOMP			
3	SALVELINA IZABEL AGUIAR	RX+EXAMES SANGUE	ICL	RODOVIARIA
MOTORISTA		ROGERIO		
VEICULO		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 RELAIZADO PELA UBS

DATA	NOME DO PACIENTE	Tipo de encaminhamento Motivo do encaminhamento	Prof. que autorizou	Motorista	Hr Saída	Hr Retorno	Destino	Carro utilizado
01/05/20	Faulda do S. Rodrigues	Atenção npi 2	Di/Ana	Tham	15:00		Sto Casa Cornelio	Spin Prata
01/05/20	Mulina (mulher do Codo)	Avaliação médico	Dani	Benedito	20:30		São Severino	Spin Prata
01/05/20	Josénei Galvão	Avaliação médico	Dani	Benedito	21:40		Correio Pucopu	Spin Prata
02/05/20	João Turiano	Exames	Bruno	Bruno	8:20		BR - Jacai	Spin automático
02/05/20	Josénei Galvão	Alta	Geni/Pat	José Wilson	8:30		Santa casa Cornelio Pucopu	Spin Prata
04/05/20	Josénei Cardoso Lima	Levantado el Anna Branca	Josénei	Fátima	21:00	23:40	Santa casa Cornelio	Ambulância
05/05/20	Josénei Cardoso Lima	Alta	Josénei	Fátima	05:10		Santa casa Cornelio	Ambulância
05/05/20	Tereza Fereira de Souza	Avaliação	Dani	Benedito	23:50		Santo Coso C.P	Spin Prata
07/05/20	Amanda de Souza	Consulta Umas	Michelle	Benedito	18:30		Jacai Umas	Spin Prata
08/05/20	Deixa documentação no Umas		Bruno	Rogério	9:00	10:00	Umas Umas	Ambulância Resumo
08/05/20	Resumo - dias	Consulta-	Bruno	Rogério	15:00	1	Cornelio	Spin Prata



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3932/2020

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
12/05/2020

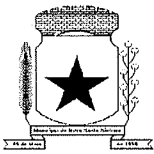
SAÍDA:
05:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	CICERO MENDES SOUZA NETO	RNM	ARAPONGAS	PEGAR NA CASA 996140564
2	BENEDITA MARIA FURTOSO FERREIRA	CONSULTA GASTRO	ARAPONGAS	991040093
3	ACOMP			
4	SERGIO PEREIRA NUNES			RODO
MOTORISTA		ROGERIO		
VEICULO		SPIN AUTOMATICA		

FAVOR VOLTAR PARA VIAGEM DAS 11:30H

OBRIGADA!



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3944/2020

DESTINO:
LONDRINA

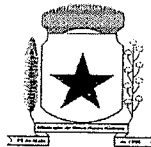
DATA:
14/05/2020

SAÍDA:
05:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	HELENA MARIA ALMEIDA (LENA DO LABORATORIO)	CONSULTA CLINICA	ICL	PEGAR NA CASA 991261928
2	VICENTINA SANTOS	RETORNO CIRURGICO	HOSP. ORTOPEDICO	POSTO
3	MARIA CLEMENTINA CAMARGO DA SILVA	CONSULTA CLINICA	HU	PEGAR NA CASA 991943351
4	VANEZA FERNANDES BIECCO	AMBULATORIO DE CORNEA	HOFTALON	
5	MARIZA MACHADO	RADIOTERAPIA	ICL	PEGAR NA CASA
6	LUCAS H. VICENTE CARNEIRO (COLO)	CONSULTA CLINICA	HOFTALON	
7	ACOMP			
MOTORISTA		ROGERIO		
VEICULO		VAN ADESIVADA		

LEMBRANDO QUE OS PACIENTES PRECISAM IR AFASTADOS UNS DOS OUTROS E USO DE MASCARA!
OBRIGADA!

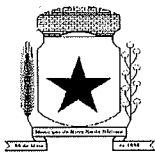


NOVA SANTA BÁRBARA

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
09/05/20	Jose de Oliveira	Avaliação médica	Dani	Benedito	23:50		ICL Londrina	Ambulância
10/05/20	Adriano Apde Pimentel	Troca de acompanhante	Prato/ono	Fabiano	18:15		SNT mariana	Som/Prato
15/05/20	Victor Alencar S. Rocha	Troca de acompanhante	Baura	Benedito	18:00		Sta Ana Cornélio	Van Adm. UBS
15/05/20	Anisio	Avaliação médica	Dani	Alexandre	19:30		SAC Jussuimo	Spin Prato
16/05/20	Miguel de Fátima Pereira Rodrigues	Avaliação médica	Dani	Benedito	00:20		ICL Londrina	Spin Prato
16/05/20	Adelcio Rodrigues Lima Marcio Borge	Clínica Olhos	Prato/ono	Rogério	11:00		Paqueta	Spin Prato
17/05/20	Leibel Lima Machado	Suspeita TB	Dr. Márcio	Alencar	16:50		Sta Ana Cornélio	Van
17/05/20	Neah Yuri Fátima do Silva	Alta hospitalar	Dani	Benedito	22:31		Unimed OP	Spin
19/05/20	Alivaldo Pereira + Jai Nizinho	Consultas	Baura	Luiz Alexandre	14:03		Sta Josa + ICH	Van/Prato
19/05/20	Kaio Felipe	Disp. Prato	Prato/Prato	Benedito	18:00		Cornélio	Ambulância
19/05	Jose Espino	Alta Hosp.	Dani	Benedito	22:00		ICL Londrina	Ambulância



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3952/2020

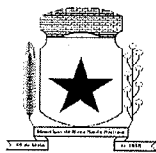
DESTINO:
LONDRINA

DATA:
18/05/2020

SAÍDA:
05:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	VANEZA FERNANDES BIECCO	AMBULATORIO DE CORNEA	HOFTALON	
MOTORISTA		ROGERIO		
VEICULO		SPIN PRETA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3959/2020

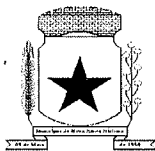
DESTINO:
CORNELIO/SANTA MARIANA

DATA:
20/05/2020

SAÍDA:
06:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	RAFAEL RIBEIRO PIMENTEL	TESTE OUVIDO	SANTA MARIANA	
2	ACOMP			
3	SANTA FÁTIMA DA CUNHA		NEUROCOR	
4	MARIA DE FATIMA OLIVEIRA	PEGAR PRONTUÁRIO	JOAO LIMA	
MOTORISTA:		ROGERIO		
VEICULO		SPIN PRETA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3953/2020

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
19/05/2020

SAÍDA:
01:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	GILMAR ANTONIO DE LIMA	PACIENTE TRANSPLANTADO	HOSP. ANGELINA CARON	PEGAR NA CASA

MOTORISTA:	ROGERIO
VEÍCULO:	SPIN AUTOMÁTICA



SOCIEDADE
HOSPITALAR
ANGELINA CARON

13:00

À RECEPÇÃO NEFROLOGIA.

VOR AGENDAR CONSULTA/RETORNO NO
AMBULATÓRIO DE TRANSPLANTES.

PACIENTE: Julma Antonio

DATA APROXIMADA: 19/05/2020

[Signature]

ASSINATURA/CARIMBO

Este não tem validade como agendamento, agende sua
consulta na recepção ou pelo fone (41) 3679-8262.

FICHA DE EXAMES - AMOSTRA - SANGUE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> UTI GERAL L _____ | <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA |
| <input type="checkbox"/> UTI CARDÍACA L _____ | <input type="checkbox"/> BERÇÁRIO L _____ |
| <input type="checkbox"/> UTI PEDIÁTRICA L _____ | <input type="checkbox"/> CENTRO CIRÚRGICO |
| <input type="checkbox"/> HEMODINÂMICA L _____ | <input type="checkbox"/> TRANSPLANTE |
| <input type="checkbox"/> ENFERMARIA Nº _____ | <input type="checkbox"/> SUÍTE Nº _____ |
| <input type="checkbox"/> PEDIÁTRIA L _____ | <input type="checkbox"/> PRONTO SOCORRO |
| <input type="checkbox"/> ALA ANTIGA Nº _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> ALA DARVIL CARON Nº _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> KPTT | <input type="checkbox"/> BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES |
| <input type="checkbox"/> TS | <input type="checkbox"/> ALT |
| <input type="checkbox"/> TC | <input type="checkbox"/> AST |
| <input type="checkbox"/> PLAQUETAS | <input type="checkbox"/> FOSFATASE ALCALINA |
| <input type="checkbox"/> TIPAGEM | <input type="checkbox"/> AMILASE |
| <input type="checkbox"/> RETICULÓCITOS | <input checked="" type="checkbox"/> GAMA GT |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input checked="" type="checkbox"/> <u>lipidograma</u> |

ÇÕES

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CPK | <input type="checkbox"/> GASOMETRIA |
| <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> SÓDIO, POTÁSSIO, CÁLCIO IÔNICO |
| <input type="checkbox"/> LDH | <input type="checkbox"/> SÓDIO |
| <input type="checkbox"/> JGG | <input type="checkbox"/> POTÁSSIO |
| <input type="checkbox"/> JGM | <input type="checkbox"/> CÁLCIO |
| <input checked="" type="checkbox"/> <u>doxolone</u> | <input type="checkbox"/> MAGNÉSIO |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> FÓSFORO |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> FERRO |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> ASO |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> PCR |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> FR |

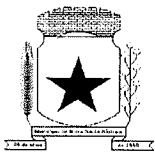
OBSERVAÇÕES:

[Signature]

Aneci Lourdes Iarscheski
Assistente Social
CRESS 5520

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

CARIMBO DO LABORATÓRIO



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3967/2020

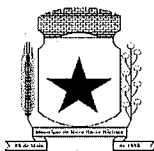
DESTINO:
LONDRINA

DATA:
22/05/2020

SAÍDA:
05:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	VANEZA FERNANDES BIECCO	AMBULATORIO	HOFTALON	
2	ADÃO RODRIGUES LIMA	RETORNO	HOFTALON	
3	ACOMP			
MOTORISTA		ROGERIO		
VEICULO		SPIN PRETA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3970/2020

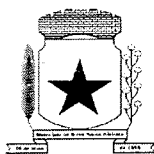
DESTINO:
LONDRINA

DATA:
24/05/2020

SAÍDA:
13:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	NILZA DE FATIMA R. PERZYSBSZ	INTEFAR	ICL	SÓ VAI
2	NOEL FERREIRA SOUZA	HOFTALON		SÓ VAI
3	ACOMP			
MOTORISTA		ROGERIO		
VEICULO		SPIN PRETA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3973/2020

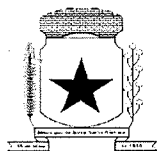
DESTINO:
JACAREZINHO/SANTA
MARIANA/CORNELIO

DATA:
26/05/2020

SAÍDA:
06:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	EVELIN CAUANE DIAS FERREIRA	PRE NATAL	HOSPI. SANTA ALICE	
2	CAREN DE OLIVEIRA	PRE NATAL	HOSP. SANTA ALICE	
3	ANDRESSA DE PAULO	ALTO RISCO	REDE MAE (CORNELIO)	
4	HELENA MELO TEIXEIRA	RETORNO CIRURGICO	HOSPITAL OLHOS (JACAREZINHO)	POSTO
MOTORISTA:		ROGERIO		
VEICULO		VAN ADESIVADA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3980/2020

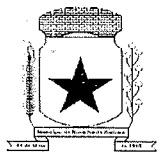
DESTINO:
CORNELIO

DATA:
28/05/2020

SAÍDA:
6:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ANDRESSA PAULO DA SILVA	USG	CEDIMAGEM	
2	ROSA DOS SANTOS DOS ANJOS	COLPOSCOPIA	REDE MAE	PEGAR NA CASA 991059012
3	FABIO RODRIGUES LOPES	URO	UROCLIN	POSTO
MOTORISTA:		ROGERIO		
VEICULO		VAN ADESIVADA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 3986/2020

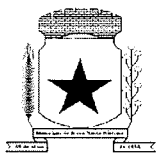
DESTINO:
ASSAÍ

DATA:
30/05/2020

SAÍDA:
09:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1 /	MICHELE DE ALMEIDA	USG	CLIMAS	
2 /	ELIANE APARECIDA NOCKO	USG	CLIMAS	
3	CAMILA GONCALVES PAIVA	USG	CLIMAS	
4	RENATA SAIONARA L. PEREIRA	USG	CLIMAS	
5 /	BEATRIZ R. LIMA EVARISTO	USG	CLIMAS	
6 /	ANA PAULA SOARES RIBAS	USG	CLIMAS	
7 /	MEIRE LETICIA NUNES BIECCO	USG	CLIMAS	
MOTORISTA:		ROGERIO		
VEÍCULO:		VAN ADESIVADA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 3987/2020

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
01/06/2020

SAÍDA:
05:30H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	CARLOS FERREIRA	RADIOTERAPIA (07:00H)	ICL	PEGAR NA CASA
2	ACOMP			
3	ARTHUR FELIPE MARTINS LIMA	FISIOTERAPIA (09:00H)	MENPHYS	PEGAR NA CASA
4	ACOMP (DENISE)			
MOTORISTA		ROGERIO		
VEICULO		VAN ADESIVADA		

5 - Gláucia Nequeira Gomes - Evangelico - visita - Pegar no posto
(991480596)



Emissão de comprovantes

G333291426654220010
29/04/2020 14:29:32

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/04/2020 - AUTOATENDIMENTO - 14.29.35
2573902573 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: FMS NOVA ST BARBARA - FUS
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 17.915-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : FMS NOVA ST BARBARA - FUS
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0057-4 - ASSAI
CONTA: 621.537-8

FAVORECIDO: ROGERIO BATISTA DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 040.157.949-23
VALOR: R\$ 800,00
DEBITO EM: 29/04/2020

=====

DOCUMENTO: 042907
AUTENTICACAO SISBB: 2.F9B.AFA.FBE.C48.B6C

Transação efetuada com sucesso por: JB534388 MICHELE S JESUS.