



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 |
| 1062 | 28/02/2019 | 1062 | 774/2019 | 395/2019 | |

Licitação
Tipo Sem licitação Número

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

SIDINE TEIXEIRA Matrícula 36076-7 CPF/CNPJ 031.186.259-45

VILA RURAL SOL NASCENTE Endereço Bairro VILA RURAL

Nova Santa Bárbara/PR CEP 86250-000 Fone Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 748 717-5 65081-1

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\$ 150,00

Outras informações

Retenções

Total de retenções
R\$ 0,00

Valor líquido
R\$ 150,00


Recursos
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 749850 - BB - SUS - Fundo Saúde - Documento 022801 Data 28/02/2019 Valor R\$ 150,00

Recibo
Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Cento e Cinquenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 395/2019.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____ / ____ / ____


KATTIA GARDÊNIA 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 **774/2019** Emitido em **14/02/2019** Requisição Nº _____ Empenho Nº **395/2019**

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

SIDINEI TEIXEIRA Matrícula **36076-7** CPF/CNPJ **031.186.259-45**

Endereço **VILA RURAL SOL NASCENTE** Bairro **VILA RURAL**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-5** Conta **65081-1**

| | | |
|--------------------------|--|-------------------|
| Classificação da despesa | | Saldo do empenho |
| 08 | Secretaria Municipal de Saúde | R\$ 150,00 |
| 08.001 | Fundo Municipal de Saúde | |
| 10.301.0320.2025 | Manutenção do Fundo Municipal de Saúde | Valor liquidado |
| 3.3.90.14.14.01 | SERVIDORES EFETIVOS | R\$ 150,00 |
| 2490 | 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) | Saldo à liquidar |
| | | R\$ 0,00 |

Outras informações _____

Retenções _____

Total de retenções **R\$ 0,00**

Valor líquido **R\$ 150,00**

Servidor que autorizou a liquidação **40221 - MICHELE SOARES DE JESUS**

Histórico **DECLARAMOS QUE OS SERVIÇOS/OBRAS/MATERIAIS A QUE SE REFERE ESTA LIQUIDAÇÃO FORAM RECEBIDAS PELA ADMINISTRAÇÃO.**

Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor

MICHELE SOARES DE JESUS

7498-5

saúde
0717
C/ 65081-1



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 **395/2019** Tipo **Ordinário** Emitido em **14/02/2019** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

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 _____

SIDINEI TEIXEIRA Matrícula **36076-7** CPF/CNPJ **031.186.259-45**

Endereço **VILA RURAL SOL NASCENTE** Bairro **VILA RURAL**

Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-5** Conta **65081-1**

Classificação da despesa _____

08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior

08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 95.070,00

10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado

3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 150,00**

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

Do Exercício **R\$ 94.920,00**

Outras informações _____

Histórico _____

ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA SIDINEI TEIXEIRA, QUE LEVARÁ AS PACIENTES GABRIELA R. DE OLIVEIRA, WILMA SIMONE O. MIAMOTO, VANESSA DOS SANTOS, ROSENILDA DE O. FERREIRA, ERIKA BATISTA DA SILVA, EVERTON MENDES SOUZA, PARA RETORNO CIRURGICO POS BARETRICA, NO DIA 18 DE FEVEREIRO DE 2019, NO HOSPITAL ANGELINA CARON, NA CIDADE DE CURITIBA-PR. A SAIDA DO MUNICIPIO SERA NO DIA 18/02/2019 AS 00:00 E RETORNO NO MESMO DIA.

Marco Antonio de Assis Nunes
Emissor

LAURITA DE SOUZA CAMPOS
Contador

MICHELE SOARES DE JESUS



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

E-395

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº044/2019

PARA: Secretaria de Administração

DATA14/022019

ASSUNTO: Solicitação de diária

Mediante autorização desta Secretaria Municipal de Saúde solicito o empenho e pagamento de uma diária no **valor total de R\$150,00 (cento e cinquenta reais)**, para o Servidor Sidi-nei Teixeira qualleva os pacientes que passarão por consultas de retorno cirúrgicos após cirurgia bareátrica.. Informo que o Servidor sairá de Nova Santa Bárbara no dia **18/02/2019 às 00:00 horas** e retornando no mesmo dia

Paciente: Gabriela R. DE Oliveira ,Wilma Simone O.Miamoto ,Vanessa dos SANTOS , Rosenilda de O.Ferreira , Erika Batista da Silva , Everton Mendes Souza todos esses pacientes passarao por consulta e retorno cirurgico pos bareátrica.


Hospital: Angelina Caron (Curitiba) PR

Paciente : Angela Maria da Silva

Especialidade : consulta

Endereço : Hospital Cajuru (Curitiba) PR

Atenciosamente,


Michele Soares de Jesus

Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: _____

Nome


Assinatura

14/02/19
Data



CURITIBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

elacomp-7 1108h
2ª Via

SUS

Usuário: ANGELA MARIA DA SILVA Dt. de Nascimento: 05/11/1975 Idade: 42 ANO(S)
 Mãe: EDNA DOS SANTOS DIAS Ca tã o Nacional: 160989600550001
 Sexo: FEMININO Raça/Cor: SEM INFORMACAO
 Município de Residência: NOVA SANTA BARBARA UMS Responsável: 18ª REGIONAL DE SAUDE CORNELIO
 Endereço: CAIS FLORIANO NOCKO, 872, BAIRRO NAO INFORMADO, 86250000 Telefone(s): (43) 32661253

Encaminhamento para Outros Profissionais

| | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| CBO: | MEDICO CIRURGIAO TORACICO |
| Área de atuação: | CIRURGIA TORÁCICA GERAL |
| Estabelecimento de Saúde Solicitante: | |

Diagnóstico

Primário:

Motivo de Referência:

Exame Complementar já realizado:

Terapêutica Utilizada:

CURITIBA, 20 de Agosto de 2018.

MICHELLE FUSTINONI DE ALMEIDA
AGENDAMENTO ADMINISTRATIVO

Autorização de Consulta

Código de Transação : 2019/47131838

Estabelecimento Realizador: HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU

Endereço: RUA ROCKEFELLER nº1450 Bairro REBOUÇAS

Fone: (41) 3271-3000

CBO: MEDICO CIRURGIAO TORACICO

Área de atuação: CIRURGIA TORÁCICA GERAL

Profissional: PAULO DE SOUZA FONSECA GUIMARAES

Data: 18/02/2019

Horário: 14:00

Favor comparecer 20 minutos antes do horário.

Conclusão da Consulta

Código de Transação : 2019/47131838


- Retorno Data: ____/____/____ Hora: ____:____
 Solicitado(s) SADT
 Encaminhamento Para Outros Profissionais
 Encaminhamento para UMS de origem

01569246

| DATA | DESCRIÇÃO |
|----------|----------------------|
| 18.02.19 | Consulta Elmira 7.00 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Psi-Saúde Psicologia Hospitalar
Psicóloga: Sunilda W C M Guimarães
Acompanhamento Pós-Bariátrica.
Sala 18 - Horário: a partir das 7h00.
Secretária: Fabiane - (41) 3679-8299
Consulta com equipe multidisciplinar
Médico, Psicólogo e Nutricionista.

ESTE CARTÃO É
MUITO IMPORTANTE
TRAGA O SEMPRE QUE
VIER AO HOSPITAL

Acompanhamento Pós-Operatório
**Sociedade Hospitalar
Angelina Caron**

CARTÃO DE COMPARECIMENTO

Rosenilda de Oliveira Ferreira
Data: 16/01/2019 05:34:43 Id1479037
Print: 1305442 **At: 5694884**
ConV: SUS Cod: 
Nasc: 25/06/1985 Sexo: F Idade: 33 Anos
Mae: Maria Aparecida de Oliveira
Med: 14204 - Wilson Paulo dos Santos

| DATA | DESCRIÇÃO |
|-------|------------------------|
| 18/02 | Consulta clinica. R:00 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Psi-Saúde Psicologia Hospitalar
Psicóloga: Sunilda W C M Guimarães
Acompanhamento Pós-Bariátrica
Sala 18 – Horário: a partir das 7h00.
Secretária: Fabiane - (41) 3679-8299
Consulta com equipe multidisciplinar
Médico, Psicólogo e Nutricionista

ESTE CARTÃO É
 MUITO IMPORTANTE
 TRAGA-O SEMPRE QUE
 VIER AO HOSPITAL

Acompanhamento Pós-Operatório



**Sociedade Hospitalar
Angelina Caron**

CARTÃO DE COMPARECIMENTO

Vanessa dos Santos

Data: 11/01/2019 05:25:09 Id1479032

Prent: 1305436 **At: 5690035**

Conv: SUS Cod:

Nasc: 16/01/1983 Sexo: F Idade: 35 Anos

Mae: Maria Jose Alves de Souza

Med: 14204 - Wilson Paulo dos Santos




| DATA | DESCRIÇÃO |
|----------|------------------------|
| 18/02/19 | Consulta clinica 07:00 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Psi-Saúde Psicologia Hospitalar
Psicóloga: Sunilda W C M Guimarães
Acompanhamento Pós-Bariátrica
Sala 18 – Horário: a partir das 7h00
Secretária: Fabiane - (41) 3679-8299
Consulta com equipe multidisciplinar
Médico, Psicólogo e Nutricionista

ESTE CARTÃO É
 MUITO IMPORTANTE
 TRAGA O SEMPRE QUE
 VIER AO HOSPITAL


Acompanhamento Pós-Operatório



Sociedade Hospitalar
Angelina Caron

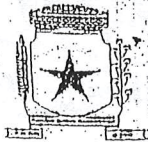
CARTÃO DE COMPARECIMENTO

Gabriela Roberta de Oliveira
 Data: 09/01/2019 05:13:19 Id1476441
 Pront: 1303011 **At: 5687506**
 Conv: SUS Cod: (328365)
 Nasc: 29/09/1992 Sexo: F Idade: 26 Anos
 Mae: Aparecida de Oliveira
 Med: 14204 - Wilson Paulo dos Santos



E 395/A
pg. 24/02

nº 1062



PREFEITURA MUNICIPAL NOVA SANTA BARBARA

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

| | |
|--|--|
| Funcionário: <i>Sidinei Tuxuira</i> | Cargo ou Função: <i>Motorista</i> |
| Orgão: Unidade Administrativa: | Nota de Empenho N°: Solicitação N°: |
| DESPESA REALIZADA COM O RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM ____ / ____ / ____ N° DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____ | |
| TOTAL DO ADIANTAMENTO: R\$ _____ | |

RESUMO DAS DESPESAS

| DATA | DIÁRIA | TRANSPORTE | OUTROS | TOTAL |
|---|---------------|------------|----------|-------------------|
| <i>18/02/2019</i> | <i>150,00</i> | <i>5</i> | <i>5</i> | <i>150,00</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL | | | | |
| TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver) | | | | R\$ <i>150,00</i> |

| | | |
|---------------------------------|--|-----------------------------------|
| Nome: <i>Sidinei Tuxuira</i> | Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário | Nome: Assinatura do Tesoureiro |
|---------------------------------|--|-----------------------------------|

HISTÓRICO DO ITINERÁRIO

| DATA | DESCRIÇÃO |
|-------------------|--|
| <i>18/02/2019</i> | <i>VIAGEM PARA CURITIBA GABRIELA ROBERTA AGENCIA CADON</i> |
| | |
| | |
| | |

Observações:



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 2456/2019

DESTINO:
CURITIBA

DATA:
18/02/2019

SAÍDA:
00:00H

RESPONSÁVEL:
BRUNA MUNHOZ

| Qtd | Nome passageiro | Especialidade | Destino | Obs.: |
|------------|----------------------------------|-----------------------------------|--|---------------|
| 1 | GABRIELA ROBERTA DE OLIVEIRA | RETORNO BARIATRICA | ANGELINA CARON | POSTO |
| 2 | WILMA SIMONE DE OLIVEIRA MIAMOTO | RETORNO BARIATRICA | ANGELINA CARON | POSTO |
| 3 | VANESSA DOS SANTOS | RETORNO BARIATRICA | ANGELINA CARON | POSTO |
| 4 | ROSENILDA DE OLIVEIRA FERREIRA | RETORNO BARIATRICA | ANGELINA CARON | POSTO |
| 5 | ERIKA BATISTA DA SILVA | RETORNO BARIATRICA | ANGELINA CARON | POSTO |
| 6 | EVERTON MENDES SOUZA | | ANGELINA CARON | POSTO |
| 7 | ANGELA MARIA DA SILVA | HOSPITAL UNIVERSITARIO C. JURU | RUA ROCKEFELLER Nº1450 BAIRRO REBOUÇAS | PEGAR NA CASA |
| 8 | ACOMP | AMBULATORIO SANTACASA | | |
| MOTORISTA: | | SIDNEI TEIXEIRA | | |
| VEICULO: | | VAN PLACA BCO | | |

POSTO RODEIO PG
COM.L DE COMBUSTIVEIS BORTOLINI
Avenida Ernesto Vilela, 2583, Ponta Grossa-PR
CEP 84070000 Fone (42) 32273112
CNPJ: 81.236.101/0001-68 IE: 2010481840

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE
CONSUMIDOR ELETRONICA

| ITEM | CODIGO | DESCRICAO | QTD. | UN. | VL.UNIT(R\$) | ST | VL.ITEM(R\$) | EM(R\$) |
|------|--------|----------------------|------|-----|---------------|----|---------------|----------|
| 001 | | 4 DIESEL S10 | | | | | 50,00\$ | |
| | | 16,130LT x 3,100 F | | | | | 50,00\$ | 1 |
| | | Qtde. total de itens | | | | | 50,00 | 50,00 |
| | | TOTAL R\$ | | | | | 50,00 | |
| | | Dinheiro | | | | | 50,00 | |

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.fazenda.pr.gov.br/nfce/consulta>
41190281236101000168850020002509991002509994
CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO
NFC-e n. 000250999 Serie 002 em 18/02/2019 17:03:25
Protocolo de Autorizacao: 141190220906282
Data de Autorizacao: 18/02/2019 17:03:25



Trib aprox R\$ 6,72 Federal e R\$ 6,00 Estadual
Fonte: IBPT
Vendedor 5-MARCELO
V.a Vista
2 342



Emissão de comprovantes

G335280855185894013
28/02/2019 08:58:40

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/02/2019 - AUTOATENDIMENTO - 08.58.40
2573902573 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
DOC ELETRONICO

CLIENTE: PM NOVA S BARBARA - EC 29
AGENCIA: 2573-9 CONTA: 7.498-5

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE
REMETENTE : PM NOVA S BARBARA - EC 29
BANCO: 748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0717-X - SICREDI CAMBARA
CONTA: 65.081-1

FAVORECIDO: SIDINEI TEIXEIRA
CPF/CNPJ: 031.186.259-45
VALOR: R\$ 150,00
DEBITO EM: 28/02/2019

=====

DOCUMENTO: 022801
AUTENTICACAO SISBB: A.33B.A22.489.3C3.1F9