



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

Nº	Data	Previsão Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
678	02/03/2021	678	614/2021	413/2021	

Continuação: _____
Tipo: _____ Número: _____
Sem liquidação: _____
Contrato: _____
Assunto: Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Beneficiário: _____
Nome: SIDNEI TEIXEIRA Matrícula: 36076-7 CPF/CNPJ: 031.186.259-45
Endereço: EST. VILA RURAL SOL NASCENTE, 0 Bairro: VILA RURAL
Cidade: Nova Santa Bárbara PR CEP: 86250-000 Fone: _____ Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 748 Agência: 717-0 Conta: 65081-1

Classificação da despesa: _____
2730 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
0300 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 17915 - FUS SAUDE 15 FR 303	030201	02/03/2021	R\$ 800,00

Recibo: _____
Recibo do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 413/2021.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____


KATIA GARDÊNIA 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

Número **614/2021** Emitido em **26/02/2021** Requisição Nº _____ Empenho Nº **413/2021**

Licitação _____ Número _____
 Tipo _____

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 **SIDINEI TEIXEIRA** Matrícula **36076-7** CPF/CNPJ **031.186.259-45**
 Endereço **EST VILA RURAL SOL NASCENTE, 0** Bairro **VILA RURAL**
 Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **65081-1**

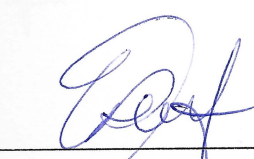
Classificação da despesa		Saldo do empenho
08	Secretaria Municipal de Saúde	R\$ 800,00
08.001	Fundo Municipal de Saúde	Valor liquidado
10.301.0320.2025	Manutenção do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 800,00
3.3.90.14.14.01	SERVIDORES EFETIVOS	Saldo à Liquidar
2700	00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	R\$ 0,00

Outras informações _____


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

Servidor que autorizou a liquidação _____
254730 - ROSANA RUY DE SOUZA

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



 EDIVANIA MARTINS DE LIMA
 Emissor



 ROSANA RUY DE SOUZA

179159



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 **413/2021** Tipo **Ordinário** Emitido em **26/02/2021** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

Licitação _____ Tipo _____ Número _____

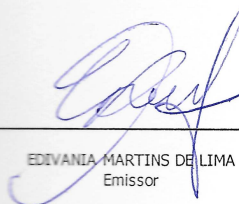
Sem licitação
Contrato/Aditivo _____
Seqüência _____ Contrato _____ Aditivo _____ Início da vigência _____ Fim da vigência _____ Fim da vig. atualizada _____ Início da execução _____ Fim da execução _____ Fim da exe. atualizada _____

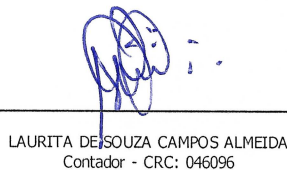
Credor _____
Fornecedor **SIDINEI TEIXEIRA** Matrícula **36076-7** CPF/CNPJ **031.186.259-45**
Endereço **EST VILA RURAL SOL NASCENTE, 0** Bairro **VILA RURAL**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **65081-1**

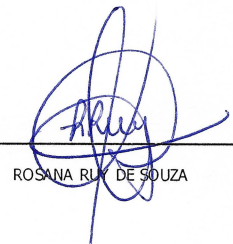
Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior
08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 94.740,00
10.301.0320.2025 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor empenhado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 800,00
2700 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo atual
Do Exercício R\$ 93.940,00

Outras informações _____

Histórico _____
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA AO MOTORISTA SIDINEI TEIXEIRA, PARA CUSTEAR DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, QUANDO EM VIAGEM FORA DO MUNICÍPIO A SERVIÇO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.


EDIVANIA MARTINS DE LIMA
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 070/2021

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 26/02/21

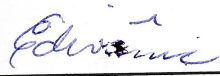
ASSUNTO: Solicitação de Diária Motorista

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, **Sidinei Teixeira** 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

Recebido por:


Nome


Assinatura

26 / 02 / 21
Data



PREFEITURA MUNICIPAL
NOVA SANTA BÁRBARA

E 413/21
P8 02/03/21
nº 678.

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Guidone Tucuruia</i>	Cargo ou Função: MOTORISTA <i>motorista</i>
Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Unidade Administrativa:	Nota de Empenho Nº: Solicitação Nº:
Dotação Orçamentária: Especificação: _____	
TOTAL DO RESSARCIMENTO: _____	

RESUMO DAS DESPESAS

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
<i>26/02/25</i>	<i>40,00</i>	<i>+</i>	<i>+</i>	<i>40,00</i>
<i>29/2/25</i>	<i>33,00</i>	<i>+</i>	<i>+</i>	<i>33,00</i>
<i>3/3/25</i>	<i>33,00</i>	<i>+</i>	<i>+</i>	<i>33,00</i>
<i>3/3/25</i>	<i>33,00</i>	<i>+</i>	<i>+</i>	<i>33,00</i>
<i>5/3/25</i>	<i>33,00</i>	<i>+</i>	<i>+</i>	<i>33,00</i>
<i>7/3/25</i>	<i>33,00</i>	<i>+</i>	<i>+</i>	<i>33,00</i>
<i>9/3/25</i>	<i>33,00</i>	<i>+</i>	<i>+</i>	<i>33,00</i>
<i>15/3/25</i>	<i>33,00</i>	<i>+</i>	<i>+</i>	<i>33,00</i>
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				<i>271,00</i>

Nome: <i>Guidone Tucuruia</i> Assinatura do Funcionário _____/_____/____	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>26/2/25</i>	<i>VIAGEM PARA JACAREZINHO ANTONIO FERREIRA DE TALM</i>
<i>29/2/25</i>	<i>VIAGEM PARA CORNELIO JOSE CARLOS STA CASA</i>
<i>3/3/25</i>	<i>VIAGEM PARA IBIPORÁ MARIA JOANA U PA</i>
<i>3/3/25</i>	<i>VIAGEM PARA CORNELIO DANIELA PERZI U PA STA CASA</i>
<i>5/3/25</i>	<i>VIAGEM PARA STA CELIA PAVÃO DOCUMENTO CARMO FUNERARIA</i>
<i>7/3/25</i>	<i>VIAGEM PARA BANDERANTE JODI MA DASILVA STA CASA</i>
<i>9/3/25</i>	<i>VIAGEM PARA LONDRINA VALDIRKI ANTONIO CONSULTA</i>
<i>15/3/25</i>	<i>VIAGEM PARA STA E PAVÃO BUSCAR OKEGÉINIO</i>



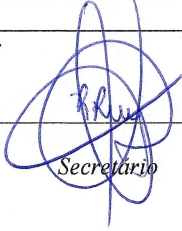
PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Sudneu Tuxuira</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
<i>35/3/25</i>	<i>33.00</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>33.00</i>
<i>25/3/25</i>	<i>33.00</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>33.00</i>
<i>23/3/25</i>	<i>33.00</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>33.00</i>
<i>24/3/25</i>	<i>33.00</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>33.00</i>
<i>25/3/25</i>	<i>33.00</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>33.00</i>
<i>27/3/25</i>	<i>33.00</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>33.00</i>
<i>29/3/25</i>	<i>33.00</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>33.00</i>
<i>31/5/25</i>	<i>33.00</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>33.00</i>
<i>31/5/25</i>	<i>33.00</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>33.00</i>
<i>35/5/25</i>	<i>33.00</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>33.00</i>
<i>17/5/25</i>	<i>33.00</i>	<i>+</i>	<i>+</i>	<i>33.00</i>
<i>25/5/25</i>	<i>33.00</i>	<i>+</i>	<i>+</i>	<i>33.00</i>
TOTAL				
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				<i>396.00</i>

RESUMO DAS DESPESAS

Nome: <i>Sudneu Tuxuira</i> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome:  Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	--	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
<i>35/3/25</i>	<i>VIAGEM PARA CORNELIO MAIR STACASA</i>
<i>25/3/25</i>	<i>VIAGEM PARA CARATIVA ZORZEGDA STACASA</i>
<i>23/3/25</i>	<i>VIAGEM PARA CORNELIO ANA CLAUDIA NUNES STACASA</i>
<i>24/3/25</i>	<i>VIAGEM PARA CORNELIO ANA CLAUDIA SILVA STACASA</i>
<i>25/3/25</i>	<i>VIAGEM PARA URAI ROSANA REIS STACASA</i>
<i>27/3/25</i>	<i>VIAGEM PARA CORNELIO MARIA APSILVA STACASA</i>
<i>29/3/25</i>	<i>VIAGEM PARA CORNELIO LEIDELANE AP DASILVA STACASA</i>
<i>31/5/25</i>	<i>VIAGEM PARA LONDRINA ENZO FUJIMURA EVANGELICO</i>
<i>31/5/25</i>	<i>VIAGEM PARA LONDRINA DALIANA STACASA</i>
<i>35/5/25</i>	<i>VIAGEM PARA LONDRINA LEANDRO DOSANTO OPTAVION</i>
<i>37/5/25</i>	<i>VIAGEM PARA STACECILIA MARIA BEITENCOUT RUTA</i>
<i>25/5/25</i>	<i>VIAGEM PARA CORNELIO IRMAO DOMANE STACASA</i>



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

APARTIR

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 214/2021

DESTINO:
JACAREZINHO

DATA:
26/02/2021

SAÍDA:
04:30

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	ANTONIO FERREIRA MARTINS	CIRURGIA OFTALMO	PEGAR NA CASA DO SEU ANTONIO INACIO	<i>Rg: 761222-2</i>
2	ACOMP <i>Lucimara Martins</i>	<i>Rg: 4247215-8</i>		
3	TEREZA APARECIDA ARAUJO	CIRURGIA OFTALMO	PEGAR NA CASA DO DIDI <i>036985649-62</i>	
4	ACOMP <i>Babala Cristina A. Ranzoni</i>		<i>00893727-0</i>	
5	MARIA DE LOURDES DA SILVA	CIRURGIA OFTALMO	PEGAR NA CASA DO LADO DO ZEZINHO HERCULANO	
6	ACOMP <i>Vina Lucia Carlos</i>	<i>4559359</i>		
.MOTORISTA		SIDINEI		
VEICULO		SPIN		



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

PARTE 26/2/21

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
27/02/21	Carlos de Souza	alta	Valério	Benedita			Unopango	facções ambulância
27/02/21	Daniela Apolo P.	Regulador P/Samu Transferência	Fátima/Carina	Dany	13:10		Santa casa Cornélio	Ambulância verde
27/02/21	Igor Carlos Feliciano	Regulador Samu Transferência	Fátima/Carina	Dany	13:10		Santa casa Cornélio	verde Ambulância
27/02/21	José Carlos Feliciano	alta	Fátima	Lidiane	20:20		Cornélio	Ambulância
28/02/21	Fabiane	alta HU	Tais/Pai	Edégio	10:30		hendruina	
28/02/21	Kuana herelaine Biffencont-alta		Tais/Pai	Luiz Alexandre	10:30		Santa maniana	
28/02/21	Antônio meias juntas	alta hospitalar	Jackeline	Fabiano	19:00	23:06	Santa casa facções	Ambulância
01/03/21	Paula Oliveira Bord	Cirurgia	Sora	Ricardo	09:00		Cornélio	SPIMP
01/03/21	maria Ngara	medicação e conduta	Jolene	Judmar	10:00		Bliporá	Spin Pate

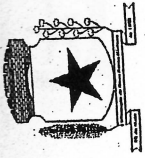


NOVA SANTA BÁRBARA

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
03/03/20	Danielly Ranziny	Alta Hospitalar	Priscila	Sidney	21:25		Sta Lora	Ambulância
03/03/21	M ^{ra} Luiza Cruz	Alta Hospitalar	Priscila	Sidney	23:50		Sta Lora	Amo
03/03/20	Carla Gemma do Carmo a pedido do Hospital Santa Bárbara	Alta Hospitalar	Priscila	Mary	19:02		Sta Lora	Amo
05/03/21	LEVAR OS DOIS MENORES DO PACTO COMO DA FAMILIA		Tais Ellen	Sidney	20:45		Sta Beata do RUAO	Amo
04/03/21	Filho do Adriano Ribeiro	Epitafio	Sara	Darcy	16:30		Bom Jesus	Tronco
06/03/21	Elton de Paulo César Otto		Sara	Luiz Alex	10:40		S. Ant. Patene	Combustível
07/03/21	M ^{ri} M ^{rs} Silva	procurar	Rui	Regênio	11:00	15:00	e.f.	Amo. novo
07/03/21	Rafael Ribeiro Fimidel	Retorno a pedido Hospital	Cleudilaine Taus	Regênio	15:00		Optobon Benjamin	Spin fúria
07/03/21	Amândeo Feliciano	700 dias em Santa Bárbara	Rezene	Irani	15:00		Santa Maria	5 pin automáticas
07/03/21	Jose Ma da Silva	Avaliação e condução	Laine Taus	Sidney	18:20		Bom Jesus	Ambulância
07/03/21	Jose Ma Silva	Busca e acompanhamento	Rato	Sidney	23:00		Bom Jesus	Spin/Pacto



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
05/03/21	Maria Bone (Perto)	Consulta	Sara	Delione	19:00		Ilópolis	Spin
08/03/21	Transfusão M. g. do soro		Sara	Franci	13:00		Ilópolis	AMB
09/03/21	Valdinei Junior	Consultas	Oliver	Judson	18:30		Bonfins	Spin
09/03/21	Sra. Neta	Transfusão	Sara	Lucy	08:30		HU	Ambulância
10/03/21	Luiza Laurine de Souza	alta hospitalar	Luciane	Sassano	21:00	01:30	Santa casa Paranaguá	Ambulância
11/03/21	(Bianca Regina)	O2 (Banc)	Ona	Sichini	20:30		Santa Cecília	Ambulância
14/03/21	doença gonúlia do s. b. Branquite	Hospital q/ família	Amalson	borcy	08:00	11:00	e. p/banc	Spin
15/03/21	Naia	Transfusão	Selinh	Franci	21:10		Santa Rosa Cedeneo	Ambulância
20/03/21	Tatiele Trindade	Rx	Valéria	Franci	09:00		Assai	Ambulância
22/03/21	doença mais Sara	alta	Sara	Sassano	15:40		Santa Rosa Branquite	Spin
23/03/21	Bruna Reis Brito	Sueto	Franci	Loggio	07:00		Santa casa Unai	Transp.