



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°
3288	30/06/2022	3288	3101/2022	1905/2022	

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

SOLANGE CORSI DOS SANTOS Matrícula 1813-9 CPF/CNPJ 806.831.349-49

Endereço RUA JOAO JURANDY DE MORAES, 416 - CASA Bairro CENTRO

Cidade/UF Nova Santa Bárbara/PR CEP 86250-000 Fone 4332661253 Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 748 717-0 83666-4

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 063001 30/06/2022 R\$ 800,00

Recibo _____

Recebi do Município de Nova Santa Bárbara, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 1905/2022.

Assinatura: _____

Nova Santa Bárbara, ____/____/____


KATIA GARDENIA DOS SANTOS
Tresoureira


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 **3101/2022** Emitido em **28/06/2022** Requisição Nº _____ Empenho Nº **1905/2022**

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

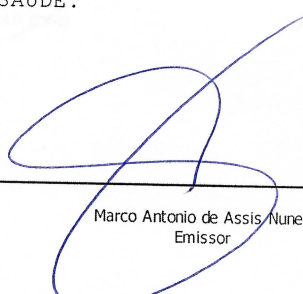
Credor _____
Fornecedor **SOLANGE CORSI DOS SANTOS** Matrícula **1813-9** CPF/CNPJ **806.831.349-49**
Endereço **RUA JOAO JURANDY DE MORAES, 416 - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661253** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **83666-4**

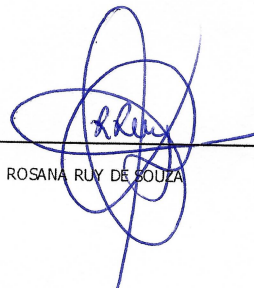
Classificação da despesa _____
08 Secretaria Municipal de Saúde
08.001 Fundo Municipal de Saúde Saldo do empenho **R\$ 800,00**
10.301.0330.2024 Manutenção do Fundo Municipal de Saúde Valor liquidado **R\$ 800,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
2710 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo à Liquidar **R\$ 0,00**

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

Servidor que autorizou a liquidação _____
234730 - ROSANA RUY DE SOUZA

Histórico _____
ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A MOTORISTA SOLANGE CORSI 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


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 **1905/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **28/06/2022** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

Licitação _____
 Tipo _____ Número _____
 Sem licitação

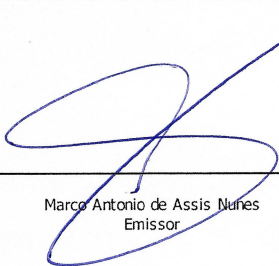
Contrato/Aditivo _____
 Sequência Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor _____
 Fornecedor **SOLANGE CORSI DOS SANTOS** Matrícula **1813-9** CPF/CNPJ **806.831.349-49**
 Endereço **RUA JOAO JURANDY DE MORAES, 416 - CASA** Bairro **CENTRO**
 Cidade/UF **Nova Santa Bárbara/PR** CEP **86250-000** Fone **4332661253** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **748** Agência **717-0** Conta **83666-4**

Classificação da despesa _____
 08 Secretaria Municipal de Saúde Saldo anterior
 08.001 Fundo Municipal de Saúde R\$ 54.380,00
 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\$ 53.580,00

Outras informações _____

Histórico _____
 ESTA IMPORTANCIA QUE SE EMPENHA REFERE-SE A SOLICITAÇÃO DE DIARIA A MOTORISTA SOLANGE CORSI 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


 LAURITA DE SOUZA CAMPOS ALMEIDA
 Contador - CRC: 046096


 ROSANA RUY DE SOUZA

Rosana Ruy de Souza
 Secretária Municipal de Saúde

Recebi em _____
 Nome _____ Assinatura _____ Data _____



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

CORRESPONDÊNCIA INTERNA

DE: Secretaria Municipal de Saúde

Nº 210/2022

PARA: Secretaria de Administração

DATA: 28/06/22

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 da Motorista **Solange Corsi dos Santos**, haja vista que as viagens são realizadas fora do Município.

Ressaltamos que posteriormente será apresentado relatório de despesas.

C-2710
F-18139


Rosana Ruy de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Recebido por: Marco

Nome

[Assinatura]
Assinatura

28 / 06 / 22
Data



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

E 1905/22

18/30/06

nº 3268

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Jorge Luis dos Santos</i>	Cargo ou Função: <i>Indivíduo</i>
Órgão: <i>Secretaria Municipal de Saúde</i> Unidade Administrativa:	Nota de Empenho N°: Solicitação N°
DESPEZA REALIZADA COM RECURSO DE ADIANTAMENTO RECEBIDO EM: ____/____/____ NUMERO DA CORRESPONDENCIA INTERNA: _____	
TOTAL DO ADIANTAMENTO: _____	

DATA	DIÁRIA	TRANSPORTE	OUTROS	TOTAL
28/06/22	40.00			40.00
29/06/22	40.00			40.00
30/06/22	40.00			40.00
01/07/22	40.00			40.00
06/07/22	40.00			40.00
07/07/22	40.00			40.00
09/07/22	40.00			40.00
11/07/22	40.00			40.00
13/07/22	40.00			40.00
13/07/22	40.00			40.00
14/07/22	40.00			40.00
15/07/22	40.00			40.00
TOTAL				400.00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				400.00

RESUMO DAS DESPESAS

Nome: <i>Jorge Luis dos Santos</i> Assinatura do Funcionário	Nome: <i>[Assinatura]</i> Secretário	Nome: Assinatura do Tesoureiro
--	--	-----------------------------------

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
28/06/2022	Viagem p/ Carlos beta Remedialis
29/06/2022	Viagem p/ Bonônia
30/06/2022	Viagem p/ Bonônia
01/07/2022	Viagem p/ Carlos beta Remedialis - paciente Bublia
06/07/2022	Viagem p/ Carlos beta Remedialis - paciente Bublia
07/07/2022	Viagem p/ Bonônia
08/07/2022	Viagem p/ Carlos beta Remedialis - paciente Bublia
11/07/2022	Viagem p/ Carlos beta Remedialis - paciente Bublia
13/07/2022	Viagem p/ Bonônia
13/07/2022	Viagem p/ Carlos beta Remedialis - paciente Bublia
14/07/2022	Viagem p/ Carlos
15/07/2022	Viagem p/ Carlos beta Remedialis - paciente Bublia



PREFEITURA MUNICIPAL DE
NOVA SANTA BÁRBARA
ESTADO DO PARANÁ

DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DE ADIANTAMENTO OU DESPESAS PARA REEMBOLSO

Funcionário: <i>Jobney Cori dos Paes</i>	Cargo ou Função: <i>Indústria</i>
Órgão: <i>Secretaria Municipal de Saúde</i> 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
- 18/04/2023	40.00			40.00
- 19/04/2023	40.00			40.00
- 20/04/2023	40.00			40.00
- 21/04/2023	40.00			40.00
- 22/04/2023	40.00			40.00
- 23/04/2023	40.00			40.00
- 24/04/2023	40.00			40.00
- 25/04/2023	40.00			40.00
- 26/04/2023	40.00			40.00
- 27/04/2023	40.00			40.00
TOTAL				320.00
TOTAL DA RESTITUIÇÃO OU REEMBOLSO (se houver)				

RESUMO DAS DESPESAS

Nome: <i>Jobney Cori dos Paes</i> Assinatura do Funcionário ____/____/____	Nome: <i>[Signature]</i> Secretário	Nome: _____ Assinatura do Tesoureiro
---	---	--

DATA	HISTÓRICO DO ITINERÁRIO
18/04/2023	Viagem p/ Carlió bora Remédios - cidade babilie
19/04/2023	Viagem p/ bordinha
20/04/2023	Viagem p/ Carlió bora Remédios - cidade babilie
21/04/2023	Viagem p/ bordinha
22/04/2023	Viagem p/ Carlió bora Remédios - cidade babilie
23/04/2023	Viagem p/ Carlió bora Remédios - cidade babilie
24/04/2023	Viagem p/ bordinha
25/04/2023	Viagem p/ Carlió bora Remédios - cidade babilie



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 893/2022

DESTINO:
CORNELIO

DATA:
28/06/2022

SAÍDA:
08:00HR

RESPONSÁVEL:
valeria

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	LUBELIA BRAZ	HEMODIALISE	PARANÁ	
MOTORISTA		SOLANGE		
VEICULO		AMB. PEQUENA		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE – SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS – Controle de Viagem 899/2022

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
29/06/2022

SAÍDA:
13:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	VILMA AGNELO	ICL	PEGAR NA CASA	
2	ACOMP			
3	PAULO RICARDO	ICL	PEGAR NA CASA	
4	ACOMP			
5				
MOTORISTA		SOLANGE		
VEICULO		SPIN		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 906/2022

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
30/06/2022

SAÍDA:
11:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Qtd	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	APARECIDA F. ARAUJO	ICL / RADIO		PEGAR NA CASA MAE DO EDUARDO
2	ACOMP			
MOTORISTA		SOLANGE		
VEICULO		SPIN		



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 945/2022

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
07/07/2022

SAÍDA:
11:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Ord	Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
1	APARECIDA DE FATIMA ARAUJO	ICL	PEGAR NA CASA DA MAE DO EDUARDO ARAUJO	
2	JOAO VITOR SANTOS ARAUJO	OFTALMO	HOSP DE OLHOS	
3	ACOMP			
4	MARCOS GABRIEL GARMATE	FISIO	PEGAR NA CASA	
5	ACOMP			
MOTORISTA		SOLANGE		
VEICULO		VAN 15		

6. Paola de Jesus Rodrigues - Res. Omega
7. Acomp



PREFEITURA MUNICIPAL

NOVA SANTA BÁRBARA

Secretaria Municipal de Saúde

TRANSPORTE DA SAÚDE - SETOR DE AGENDAMENTO
LISTA DE PASSAGEIROS - Controle de Viagem 961/2022

DESTINO:
LONDRINA

DATA:
11/07/2022

SAÍDA:
10:30 HR

RESPONSÁVEL:
VALERIA

Nome passageiro	Especialidade	Destino	Obs.:
APARECIDA F. ARAUJO	ICL / RADIO		PEGAR NA CASA MAE DO EDUARDO
ACOMP			
CLEDELAINÉ T. COSTA		RUA PARÁ 598	
<i>Camanda Branca</i>			CENTRO
<i>Acione</i>			
MOTORISTA	SOLANGE		
VEICULO	<i>2lan</i> KWID		