**ESTADO DA BAHIA**
**MUNICIPIO DE MANOEL VITORINO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CNPJ: 119139840001-8

**PROCESSO DE PAGAMENTO [ 2017 OB 08220004 ]** **Agosto / 2017**

**FORNECEDOR**

**Nome:** LUCIANO RAMOS LIMA
**Endereco:** PADRE VICENTE **Compl:** CASA
**CNPJ/CPF:** 997.857.225-20 **Cidade:** Manoel Vitorino **UF:** BA

**CLASSIFICAÇÃO**

**Programa Trabalho:** 122026 - GESTÃO DAS AÇÕES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE
**Ação:** 2026 - GESTÃO DAS AÇÕES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
**Natureza Despesa:** 339014 - DIARIAS - PESSOAL CIVIL
**Fonte Recurso:** 0102.002 - Saúde 15%

| Saldo Anterior | Valor | Saldo Disponivel |
|---|---|---|
| 80,00 | 80,00 | 0,00 |

**LICITAÇÃO:** 0 / 0 - NÃO SE APLICA
**CONTRATO:** 0 / 0 - NAO SE APLICA

**EMPENHO [ 2017 NE 08140001 ] de 14/08/2017 Tipo: ORDINARIO**

**LIQUIDAÇÃO [ 2017 LQ 08220004 ] de 22/08/2017**

**HISTÓRICO**

PAGAMENTO DE DIÁRIA CIVIL NESTA DATA

**HISTÓRICO LIQUIDAÇÃO**

REFERENTE LIQUIDAÇÃO DE DIÁRIA CIVIL NESTA DATA

**RETENÇÕES**

| Codigo | Especificação | Favorecido | Valor |
|---|---|---|---|
| | | **Total Retenção:** | **0,00** |

**CONTA BANCÁRIA**

**Banco:** 001 - BANCO DO BRASIL SA
**Conta:** 4001001 : 7675 : BB C/C 7675-9 - FUS FUNDO MUN. DE SAÚDE
**Cheque/OB:** 99999

///OITENTA REAIS/// 80,00

**LIQUIDAÇÃO**

**Recebemos os materiais e/ou serviços**
**Data:** 22/08/2017
FIDELCINO PEREIRA SILVA

**A despesa foi devidamente liquidada, podendo ser paga**
**Data:** 22/08/2017
ITELFANIA BRITO BARROS

**PAGUE-SE**

**Autorizo o pagamento deste processo**
**Data:** 22/08/2017
JOCILENE LIMA DE SOUZA

**PAGO**

**O processo foi pago conforme autorização**
**Data:** 22/08/2017
REINANDO IRENO ALVES COSTA

**ESTADO DA BAHIA**
**MUNICIPIO DE MANOEL VITORINO**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CNPJ: 119139840001-8

**NOTA DE EMPENHO [ 2017 NE 08140001 ]** — **Agosto / 2017**

**FORNECEDOR**

**Nome:** LUCIANO RAMOS LIMA

**Endereço:** PADRE VICENTE — **Compl:** CASA

**CNPJ/CPF:** 997.857.225-20 **NIT/PIS/PASEP:** 1.902.246.321-7 **Cidade:** Manoel Vitorino **UF:** BA

**CLASSIFICAÇÃO**

**Programa Trabalho:** 122026 - GESTÃO DAS AÇÕES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE — **Tipo:** ORDINARIO

**Ação:** 2026 - GESTÃO DAS AÇÕES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**Natureza Despesa:** 339014 - DIARIAS - PESSOAL CIVIL

**SubElemento:** 00 - DIÁRIAS – CIVIL

**Fonte Recurso:** 0102.002 - Saúde 15%

| Saldo Anterior | Valor | Saldo Disponivel |
|---|---|---|
| 11.993,00 | 80,00 | 11.913,00 |

**LICITAÇÃO:** 0 / 0 - NÃO SE APLICA — **Tipo Orgão:** NAO SE APLICA

**CONTRATO:** 0 / 0 - NAO SE APLICA — **Tipo Orgão:** NAO SE APLICA

**HISTÓRICO**

VALOR QUE SE EMPENHA PARA ATENDER DESPESAS COM FORNECIMENTO DE DIÁRIA CIVIL PARA O FUNCIONÁRIO LUCIANO RAMOS LIMA PARA FAZER UMA VIAGEM PARA CONDUÇÃO DE PACIENTES DO TFD DA SECRETARIA DE SAÚDE, (DINORA SOUZA BOTELHO, RENILTON ANTONIO DE OLIVEIRA), NO DIA 15 DE AGOSTO DE 2017, PARA A CIDADE DE ITABUNA-BA.

| No. | Especificação | Unid | Qtde | Unitario | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | DIÁRIAS CIVIL | UNID | 1,0000 | 80,0000 | 80,00 |

///OITENTA REAIS/// — 80,00

**Autorizo o empenho**
**Data:** 14/08/2017
JOCILENE LIMA DE SOUZA

**Despesa empenhada em crédito próprio**
**Data:** 14/08/2017
REINALDO IRENO ALVES COSTA

GOVERNO

## Emissão de comprovantes

A33S230831113610033
23/08/2017 08:46:04

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
23/08/2017 - AUTOATENDIMENTO - 08.46.06
1030801030 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: PM M V -FMS REC PROPRIOS
AGENCIA: 1030-8 CONTA: 7.675-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA CORRENTE
REMETENTE : PM M V -FMS REC PROPRIOS
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 3526-2 - JEQUIE
CONTA: 510.656-7

FAVORECIDO: LUCIANO RAMOS LIMA
CPF/CNPJ: 997.857.225-20
VALOR: R$ 80,00
DEBITO EM: 22/08/2017
==========
DOCUMENTO: 082203
AUTENTICACAO SISBB: A.E83.305.49B.BF5.C7D

Transação efetuada com sucesso por: JB535852 REINANDO IRENO ALVE.

# ESTADO DA BAHIA
# PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL VITORINO
AV. GABRIEL DANTAS, 200 - CENTRO
CEP: 45240-000 - TEL.: (73) 3549-2146

223

## SOLICITAÇÃO DE VIAGEM

### DADOS DO SOLICITANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CÓDIGO:** | 215/2017 | **SERVIDOR:** | LUCIANO RAMOS LIMA |
| **CPF:** | 99785722520 | **SETOR:** | PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL VITORINO |
| **RG:** | 0738841200 | **CARGO:** | |
| | | **VALOR DIÁRIA:** | 80,00 |

### MOTIVO DA VIAGEM

CONDUÇÃO DE PACIENTES (DINORA SOUZA BOTELHO, RENILTON ANTONIO DE OLIVEIRA) DO TFD, NO DIA 15 DE AGOSTO DE 2017, PARA A CIDADE DE ITABUNA-BA.

### DADOS DA VIAGEM

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PREVISÃO SAÍDA:** | 15/08/2017 | **QUANTIDADE DIÁRIAS:** | 1 |
| **PREVISÃO RETORNO:** | 16/08/2017 | **VALOR DIÁRIA:** | 80,00 |
| **ORIGEM:** | MANOEL VITORINO | | |
| **DESTINO:** | ITABUNA | **VALOR TOTAL:** | 80,00 |

**MANOEL VITORINO, 15 DE AGOSTO DE 2017.**

Solicitado por
LUCIANO RAMOS LIMA

Autorizado por
JOCILINE LIMA DE SOUZA

## RECIBO DE PAGAMENTO

### DADOS DO CREDOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CÓDIGO:** | 215/2017 | **SERVIDOR:** | LUCIANO RAMOS LIMA |
| **CPF:** | 99785722520 | **SETOR:** | PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL VITORINO |
| **RG:** | 0738841200 | **CARGO:** | |
| | | **VALOR DIÁRIA:** | 80,00 |

### MOTIVO DA VIAGEM

CONDUÇÃO DE PACIENTES (DINORA SOUZA BOTELHO, RENILTON ANTONIO DE OLIVEIRA) DO TFD, NO DIA 15 DE AGOSTO DE 2017, PARA A CIDADE DE ITABUNA-BA.

VALOR RECEBIDO: R$ 80,00 (OITENTA REAIS)

**MANOEL VITORINO, 14 DE AGOSTO DE 2017.**

LUCIANO RAMOS LIMA

# ESTADO DA BAHIA
# PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL VITORINO
**AV. GABRIEL DANTAS, 200 - CENTRO**
**CEP: 45240-000 - TEL.: (73) 3549-2146**

## COMPROVAÇÃO DE VIAGEM

### DADOS DO SOLICITANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CÓDIGO:** | 215/2017 | **SERVIDOR:** | LUCIANO RAMOS LIMA |
| **CPF:** | 99785722520 | **SETOR:** | PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL VITORINO |
| **RG:** | 0738841200 | **CARGO:** | |
| | | **VALOR DIÁRIA:** | 80,00 |

### MOTIVO DA VIAGEM

CONDUÇÃO DE PACIENTES (DINORA SOUZA BOTELHO, RENILTON ANTONIO DE OLIVEIRA) DO TFD, NO DIA 15 DE AGOSTO DE 2017, PARA A CIDADE DE ITABUNA-BA.

### DADOS DA VIAGEM

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PREVISÃO SAÍDA:** | **DIÁRIAS SOLICITADAS:** | 1 **DIÁRIAS UTILIZADAS:** | 1 |
| 15/08/2017 | **VALOR DIÁRIA:** | 80,00 **VALOR UTILIZADO:** | 80,00 |
| **PREVISÃO RETORNO:** | | | |
| 16/08/2017 | **VALOR TOTAL:** | 80,00 **VALOR A RESTITUIR:** | 0,00 |

**MANOEL VITORINO, 16 DE AGOSTO DE 2017.**

LUCIANO RAMOS LIMA

## DECLARAÇÃO DE VIAGEM E AFASTAMENTO

LUCIANO RAMOS LIMA, SERVIDOR(A) EM EXERCÍCIO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL VITORINO, OCUPANTE DO CARGO DE , TENDO SE AFASTADO DO SEU LOCAL DE TRABALHO A SERVIÇO E PARA TANTO TER RECEBIDO DIÁRIAS, DECLARA QUE A PARTIDA DEU-SE EM 15/08/2017, CONFIRMANDO-SE A SUA CHEGADA EM 16/08/2017.

DECLARANTE CITADO ASSUME TODA A RESPONSABILIDADE PELAS DECLARAÇÕES ACIMA PRESTADAS, DIZENDO-SE CIENTE DAS IMPLICAÇÕES LEGAIS DECORRENTES DE SUA FALSIDADE.

**MANOEL VITORINO, 16 De AGOSTO DE 2017.**

LUCIANO RAMOS LIMA

**Santa Cada de Misericórdia de Itabuna**
Rua: Antonio Muniz, N.º 200 – Pontalzinho – FAX (0xx73) 3214 9100 / 4300 – Itabuna – Bahia
SANTA CASA DE M DE ITABUNA – HCMF

# ATESTADO DE ACOMPANHAMENTO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O SRª **LUCIANO RAMOS LIMA** RG: **738841200** ACOMPANHOU A PACIENTE **DINORA SOUZA BOTELHO AO RADIODIAGNOSTICO DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITABUNA-HCMF**, NO DIA **15/08/2017 PERÍODO VESPERTINO PARA A REALIZAÇÃO DE EXAME ATT: 2498730.**

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ITABUNA – BA 15 DE AGOSTO DE 2017
LOCAL E DATA

Jocilene Lima de Souza
SEC. MUN. DE SAÚDE
Dec. Nº 002/2017

Ruan Felipe S. Menezes
Assistente Adm.
Mat: 51891

**RUAN FELIPE SOUZA MENEZES**
(SUPERVISOR DE ATENIDMENTO)

PREFEITURA DE
Manoel Vitorino
UM NOVO TEMPO

**Secretaria Municipal de Saúde**

**Av. Rio Bahia, s/n, centro, Cep. 4524000 - Manoel Vitorino**
**FONE/FAX (73)35492249 E-mail: saudemv@hotmail.com**

**RELAÇAO DOS PACIENTES PARA DO TFD (TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO) PARA ATENDIMENTO MEDICO EM ITABUNA DIA 15/08/2017**

| PACIENTE | ACOMPANHANTE | HOSPITAL | OBS |
|---|---|---|---|
| Dinora Souza Botelho | SIM | Hosp. Calixto | |
| Renilton Antonio de Oliveira | SIM | Hosp. Manoel Novaes | |

**Manoel Vitorino, 14 de Agosto de 2017.**

**DENISE MEIRA LOPES MENDES**

**COOR. DO TFD**