



Município de Reserva - PR

CNPJ: 76169879000161 IE:
Endereço: Av. Cel Rogério Borba, 741 CEP: 84320000 Cidade: Reserva
Fone: 32768300 Fax:

R\$ 17/06

NOTA DE PAGAMENTO (EM PREVISÃO)

Número	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
	20/06/2022	3901	3477/2022	2923/2022	

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: **ROSEVELT FERREIRA** Matrícula: 259-3 CPF/CNPJ: 457.583.529-34
Endereço: RUA TIBAGI, 574 Bairro: FERREIRA
Cidade/UF: Reserva/PR CEP: 84320-000 Fone: 42999443044 Tipo de conta bancária: Conta Corrente Banco: 748 Agência: 719-6 Conta: 82765-7

Classificação da despesa
4620 06 SECRETARIA DE SAÚDE
06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE
10.122.0016.2056 Gestão do Fundo Municipal de Saúde - Gabinete da Secretária
3.3.90.39.96.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ - PAGAMENTO ANTECIPADO **Valor R\$ 1.500,00**

Outras informações

Retenções

Total de retenções	R\$ 0,00
Valor líquido	R\$ 1.500,00

Servidor que autorizou o pagamento
269531 - LUCAS MACHADO RIBEIRO

Recursos	Documento	Data	Valor
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Conta bancária 80799 - BANCO DO BRASIL	20/06/2022	R\$ 1.500,00

Recibo
Recebi do Município de Reserva, a importância de Um Mil e Quinhentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 2923/2022.

Assinatura: _____

Reserva, ____/____/____

LUCAS MACHADO RIBEIRO
Prefeito Municipal

JOCELIA TEREZINHA FAUSTIN SZEREMETA
Secretário(a) de Administração e Finanças





Município de Reserva - PR

CNPJ: 76169879000161 IE:
Endereço: Av. Cel Rogério Borba, 741 CEP: 84320000 Cidade: Reserva
Fone: 32768300 Fax:

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **3477/2022** Emitido em **15/06/2022** Requisição N° _____ Empenho N° **2923/2022**

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 **ROSEVELT FERREIRA** Matrícula **259-3** CPF/CNPJ **457.583.529-34**
Endereço **RUA TIBAGI, 574** Bairro **FERREIRA**
Cidade/UF **Reserva/PR** CEP **84320-000** Fone **42999443044** Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 748 719-6 82765-7

Classificação da despesa _____
06 SECRETARIA DE SAÚDE Saldo do empenho **R\$ 1.500,00**
06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE Valor liquidado **R\$ 1.500,00**
10.122.0016.2056 Gestão do Fundo Municipal de Saúde - Gabinete da Secretária Saldo à Liquidar **R\$ 0,00**
3.3.90.39.96.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ - PAGAMENTO ANTECIPADO
4620 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 1.500,00**

Servidor que autorizou a liquidação _____
922326 - THAIS MENDES MARTINS DIDEK

Histórico _____

Documentos fiscais				
Tipo	Número	Série	Emissão	Valor
Processo de Adiantamento	062022	1	15/06/2022	1.500,00





Município de Reserva - PR

CNPJ: 76169879000161 IE:
Endereço: Av.Cel Rogério Borba, 741 CEP: 84320000 Cidade: Reserva
Fone: 32768300 Fax:

NOTA DE EMPENHO

Número	Tipo	Emitido em	Requisição Nº	Req. Compra Nº
2923/2022	Ordinário	15/06/2022		

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

ROSEVELT FERREIRA

Matrícula

259-3

CPF/CNPJ

457.583.529-34

Endereço

RUA TIBAGI, 574

Bairro

FERREIRA

Cidade/UF

Reserva/PR

CEP

84320-000

Fone

42999443044

Tipo de conta bancária Banco

Conta Corrente 748

Agência

719-6

Conta

82765-7

Classificação da despesa

06 SECRETARIA DE SAÚDE

Saldo anterior

R\$ 67.390,81

06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Valor empenhado

R\$ 1.500,00

10.122.0016.2056 Gestão do Fundo Municipal de Saúde - Gabinete da Secretária

3.3.90.39.96.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ - PAGAMENTO ANTECIPADO

Saldo atual

R\$ 65.890,81

4620 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

De Exercícios Anteriores

Outras informações

Histórico

VALOR QUE SE EMPENHA REFERENTE A ADIANTAMENTO DE RECURSOS FINANCEIROS PARA CUSTEAR AS DESPESAS COM VIAGEM DO DPTO DE SAÚDE.

LUCAS MACHADO RIBEIRO
Prefeito Municipal



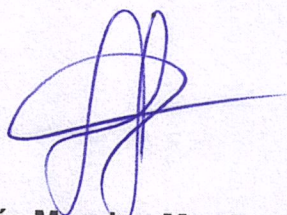
Ofício n.º 956/2022

Reserva 13 de junho de 2022

Solicito adiantamento em nome do Motorista Rosevelt Ferreira no valor R\$ 1.500,00 para despesas com viagem para São Paulo que será no dia 20/06/2022 com retorno no dia 21/06/2022, para levar o paciente Erick Renan Rocha, acompanhado de sua mãe Vilma Rocha, para realizar consulta que será realizado no Hospital clinicas da Universidade Estadual de Campinas- cidade Universitária Zeferino Vaz-Campinas-SP.


O valor será para despesas com alimentação, hospedagens e pedágios, sendo o que se apresenta para o momento, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

Certo de poder contar com vossa valiosa atenção antecipo meus agradecimentos. Atenciosamente.



Thaís Mendes Martins Didek
Secretária Municipal de Saúde
Portaria nº 3508/2022

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE
PREFEITURA MUNICIPAL
RESERVA - PR

PREFEITURA MUNICIPAL DE RESERVA
Setor de Contabilidade
Recebido em 17/06/22
Assinatura 

REQUERIMENTO PARA ADIANTAMENTO DE DESPESAS DE VIAGEM

Requerente: ROSEVELT FERREIRA	
Matrícula: 1192	
Lotação: Secretaria de Saúde	
Destino: SÃO PAULO	
Data da partida: 20/06/2022	Data do retorno: 21/06/2022
Finalidade: Diária de Alimentação	
Justificativa: Utilizar em alimentação em viagens de Transporte de pacientes fora do município Utilizar Recurso	
Valor estimado: R\$ 1.500,00	

SERVIDORES E AUTORIDADES QUE ACOMPANHARÃO		
NOME	MATRÍCULA	LOTAÇÃO
ERICK RENAN ROCHA	PACIENTE	
VILMA ROCHA	ACOMPANHANTE	

Prefeitura Municipal de Reserva, _____ de _____ de 20__.

Assinatura
Do Requerente

Assinatura da
Autoridade que autoriza
sob carimbo

Assinatura
acompanhante (s)

PARA USO EXCLUSIVE DO SECRETÁRIO DE _____
A (O) Senhor (a) Secretária (o) Municipal de Administração e Finanças

Rosevelt Ferreira

<input checked="" type="checkbox"/> Requerimento deferido	<input type="checkbox"/> Requerimento indeferido
---	--

Prefeitura Municipal de Reserva, _____ de _____ de 20__.

Thais Mendes Martins Didek

Assinatura do Secretário Municipal de _____
Secretaria Municipal de Saúde, sob carimbo.
Port. 3508 / 2022

PARA USO EXCLUSIVO DO DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE

Ao Sr. Secretário Municipal de Gestão e Negócios Jurídicos

<input checked="" type="checkbox"/> Empenhamento deferido	<input type="checkbox"/> Empenhamento indeferido
Valor autorizado 1500,00	R\$
Dotação Orçamentária GABINETE DO SECRETARIO fonte 000	
Forma de restituição/ reembolso do valor residual	

Prefeitura Municipal de Reserva, **17** de **06** de 20 **22**

Assinatura do Departamento de Contabilidade, sob carimbo

Jocelia T. F. Szeremeta
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
E FINANÇAS
PORTARIA: 3031/2021

Declaro ter recebido nesta data o valor ao final indicada de R\$ _____
Sob a forma do regime de adiantamento de despesas de viagem. Estou ciente das responsabilidades, prazos e dos termos da prestação de contas, comprometendo-me a fazê-lo no prazo de 5 (cinco) dias uteis contados do meu retorno, sob pena de retenção dos valores conforme estabelecido pela Lei Municipal nº _____ / _____ e demais dispositivos legais pertinentemente aplicáveis. Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Reserva, _____ / _____ / _____.

Assinatura e identificação do responsável sob carimbo





UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
HOSPITAL DE CLÍNICAS
SERVIÇO SOCIAL
Cidade Universitária "Zafreino Vaz", 811 - Caixa Postal 6142
Cap: 13063-888 – Campinas/SP
(16) 3521-9017
E-mail: plantaosocial@hc.unicamp.br

Ao Setor de TFD – Secretaria de Saúde

Município: Riverside - PR

Conforme Portaria SAS / Ministério da Saúde nº 55 de 24/02/1999 (D.O.U. de 26/02/1999, em vigor desde 01/03/1999) – que dispõe sobre o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Informamos que o paciente Ericck Renato Rocha tem consulta neste hospital na data de 24/05/22 às 08:30 horas para atendimento no setor de Ul - IC

Com acompanhante: () Sim () Não

Solicitamos para tanto, auxílio transporte e ajuda de custo, conforme dispõe a portaria do TFD.

Colocamo-nos a disposição para maiores informações.

Atenciosamente,

Campinas, 27 de Maio de 2022


Denise Helena Silva da Silva
Assistente Social
CRESS 31644

Assinatura e Carimbo do Assistente Social



Nrq. Consulta: 6352295 Data: 17/05/2022 Hora: 08:30 Dia: TER Zona: AMARELO1 Sala: 1

Consulta: RETORNO para ONS

Equipe: OTORRINOLARINGOLOGIA Profissional: ARTHUR MENINO CASTILHO

Paciente: 789162 Prontuário: 9513674 - ERICK RENAN ROCHA - Data Nasc: 15/01/2004

Grade: 2434 Matrícula: HOSPITAL DE CLÍNICAS

Marcado por: postgres

Solicitado por: LUCIA CRISTINA BELTRAME ONUKI

MAMR_TICKET

358743





convocados para troca por um modelo mais moderno conforme Conselho
Saúde. A verba para este fim já foi liberada e Erick provavelmente será convocado para a troca em janeiro
de 2013.

Na oportunidade renovamos protestos de elevada estima e distinta consideração.

Cordialmente,



DR. ARTHUR MENINO CASTILHO
Responsável pelo Ambulatório de Otorrinolaringologia
HC – UNICAMP

Excelentíssimo Senhor Doutor
ADOLFO VAZ DA SILVA
Promotor de Justiça
Promotoria de Justiça de Reserva
Ministério Público do Estado do Paraná
Rua Paulino Ferreira e Silva, nº778, Centro, Reserva/PR, Cep: 84.320-000
Fone/fax: (042) 3276-1466.

Anexo (s): Ofício nº242/2012; Relatório de fonoaudiologia e folha de despacho.

Universidade Estadual de Campinas - Hospital de Clínicas – Secretaria do Ambulatório de Otorrinolaringologia sala A2-104
Rua Vital Brasil, 251 – Cidade Universitária Zeferino Vaz - Barão Geraldo - CEP: 13.083-888 - Campinas - SP
Telefone: (19) 35217165/ 35217523/ 35217454 – Fax (19) 35217380
E-mail: otorrino.unicamp.hc@gmail.com



6017-7

~~14-3226-3338~~

Remarcos a consulta

Temos esses aqui

~~implantepos.unicamp@yahoo.com.br~~

~~manutencaoic.unicamp@yahoo.com.br~~

~~otorrino.unicamp@gmail.com~~

Hospital da clínicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp

Cidade Universitária Zeferino Vaz – Campus Unicamp – Campinas-SP

Tel: (19) 35217880 – (19) 3521 7491

Ambulatório de Saúde Auditiva Unicamp

(19) 3521 7312

marcel 2106

1406

Rechavilma 252@gmail.com

Erick Renan Rocha

065.570.059-52



Pendência número
104270572

Mensagem de erro
LIM.CONTA NAO CADASTRADA EXCEDIDO (G937-557)

Transferência entre contas diversas