



Município de Reserva - PR

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

NOTA DE PAGAMENTO (EM PREVISÃO)

| | | | | | |
|--------|------------|-------------|---------------|------------|---------------|
| Número | Data | Previsão N° | Liquidação N° | Empenho N° | Requisição N° |
| | 20/09/2024 | 7904 | 7103/2024 | 5005/2024 | |

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

VALDENIR DA LUZ MARTINS

Matrícula

51046-7

CPF/CNPJ

030.816.349-46

Endereço

RECANTO AMIZADE, s/n

Bairro

BARRA BONITA

Cidade/UF

Reserva/PR

CEP

84320-000

Fone

Tipo de conta bancária

Conta Corrente

Banco

133

Agência

1563-6

Conta

41307-0

Classificação da despesa _____

5540

06 SECRETARIA DE SAÚDE

06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE

10.301.0016.2061 Gestão e Manutenção Rede Publica da Saude Municipal - Manutenção da Rede

3.3.90.39.96.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ - PAGAMENTO ANTECIPADO

Valor

R\$ 2.000,00

Outras informações _____

Retenções _____

Total de retenções

R\$ 0,00

Valor líquido

R\$ 2.000,00

Servidor que autorizou o pagamento _____

269531 - LUCAS MACHADO RIBEIRO

Recursos _____

01062 - Recursos não vinculados da compensação de

Conta bancária 80799 - BANCO DO BRASIL

Documento _____

Data _____

Valor

20/09/2024

R\$ 2.000,00

Recibo _____

Recebi do Município de Reserva, a importância de Dois Mil Reais, referente ao pagamento do empenho número 5005/2024.

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 **7103/2024** Emitido em **11/09/2024** Requisição Nº _____ Empenho Nº **5005/2024**

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 **VALDENIR DA LUZ MARTINS** Matrícula **51046-7** CPF/CNPJ **030.816.349-46**
Endereço **RECANTO AMIZADE, s/n** Bairro **BARRA BONITA**
Cidade/UF **Reserva/PR** CEP **84320-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **133** Agência **1563-6** Conta **41307-0**

Classificação da despesa
06 SECRETARIA DE SAÚDE
06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE
10.301.0016.2061 Gestão e Manutenção Rede Publica da Saude Municipal - Manutenção da Rede
3.3.90.39.96.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ - PAGAMENTO ANTECIPADO
5540 01062 Recursos não vinculados da compensação de impostos - Recursos Saúde

| | |
|--|------------------|
| | Saldo do empenho |
| | R\$ 2.000,00 |
| | Valor liquidado |
| | R\$ 2.000,00 |
| | Saldo a Liquidar |
| | R\$ 0,00 |

Outras informações _____

Retenções
Total das retenções
R\$ 0,00
Valor líquido
R\$ 2.000,00

Servidor que autorizou a liquidação
922326 - THAIS MENDES MARTINS DIDEK

Vencimento da liquidação
11/10/2024

Histórico _____

| Documentos fiscais | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------|-------|------------|----------|------|--------|-------|---------|-------|
| Tipo | Número | Série | Emissão | Valor | Tipo | Número | Série | Emissão | Valor |
| Processo de Adiantamento | 092024 | 1 | 11/09/2024 | 2.000,00 | | | | | |



Município de Reserva - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número **5005/2024** Tipo **Ordinário** Emitido em **11/09/2024** 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 **VALDENIR DA LUZ MARTINS** Matrícula **51046-7** CPF/CNPJ **030.816.349-46**
Endereço **RECANTO AMIZADE, s/n** Bairro **BARRA BONITA**
Cidade/UF **Reserva/PR** CEP **84320-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **133** Agência **1563-6** Conta **41307-0**

| Classificação da despesa | | | |
|--------------------------|--|--|-----------------|
| 06 | SECRETARIA DE SAÚDE | | Saldo anterior |
| 06.001 | DEPARTAMENTO DE SAÚDE | | R\$ 82.054,99 |
| 10.301.0016.2061 | Gestão e Manutenção Rede Publica da Saude Municipal - Manutenção da Rede | | Valor empenhado |
| 3.3.90.39.96.00 | OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ - PAGAMENTO ANTECIPADO | | R\$ 2.000,00 |
| 5540 | 01062 Recursos não vinculados da compensação de impostos - Recursos Saúde Do Exercício | | Saldo atual |
| | | | R\$ 80.054,99 |

Outras informações _____

Histórico _____
VALOR QUE SE EMPENHA REFERENTE A COM ADIANTAMENTO DE RESURSOS FINANCEIROS PARA CUSTEAR AS DESPESAS COM VIAGENS DO MOTORISTA DO DPTO DE SAÚDE.

LUCAS MACHADO RIBEIRO
Prefeito Municipal

Ofício n.º 2455/2024

De: Gabinete do Secretário de Saúde
Solicitante: Thaís Mendes Martins Didek

Reserva 10 de setembro de 2024

Prezada(o)

Venho por meio deste solicitar adiantamento em nome do Motorista Valdenir Da Luz Martins (Matricula **922652**) no valor, **R\$ 2.000,00** para despesas com viagem para Campinas-Unicamp-SP, que será no dia 18/09/2024 com retorno no dia 19/09/2024, para levar a paciente Ilson Nunes Mendes para realizar uma Endoscopia com Dilatação Esofágica, (agendamento em anexo).

Sendo o valor de **R\$ 2.000,00** a ser adiantado no cartão cooperativo do motorista.

O valor será para despesas com alimentação, hospedagens e combustíveis, **solicito também o aumento do limite em alimentação, postos de combustíveis, hotéis.**

Sendo o que se apresenta para o momento, renovamos nossos protestos de estima e consideração.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RESERVA

Sector de Contabilidade

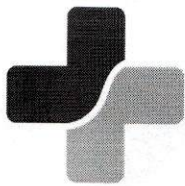
Data 12 / 09 / 24

ASS Alana

Thaís Mendes Martins Didek
Secretária Municipal de Saúde
Port. 4204/2023

510167

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE
PREFEITURA MUNICIPAL
RESERVA - PR



REQUERIMENTO PARA ADIANTAMENTO DE DESPESAS DE VIAGEM

| | |
|--|------------------------------------|
| Requerente: VALDENIR DA LUZ MARTINS | |
| Matrícula: 922652 | |
| Lotação: Secretaria de Saúde | |
| Destino: São Paulo ... | |
| Data da partida: 18/09/2024 | Data do retorno: 19/09/2024 |
| Finalidade: Diária de Alimentação | |
| Justificativa: Levar paciente Ilson Nunes Mendes, para realização de endoscopia o valor será utilizado em alimentação em viagens fora do município, além de hospedagens em hotéis e outros eventuais gastos | |
| Valor estimado: R\$ 2.000,00 | |

| SERVIDORES E AUTORIDADES QUE ACOMPANHARÃO | | |
|---|-----------|---------|
| NOME | MATRÍCULA | LOTAÇÃO |
| | | |
| | | |

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

Valdenir da Luz Martins

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

| | |
|--|--|
| <input 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 de Saúde Saúde, sob carimbo.

Portaria nº 4204/2023

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 | R\$ |
| Dotação Orçamentária GABINETE DO SECRETARIO fonte 000 | |
| Forma de restituição/ reembolso do valor residual | |

Prefeitura Municipal de Reserva, 12 de 09 2024.

Assinatura do Departamento de Contabilidade, sob carimbo

PREFEITURA MUNICIPAL DE RESERVA
Setor de Contabilidade

Data 12/09/24

ASS Alana

Thais Mendes Martins Didek
JOELIA T. F. SZEREMETA
SEC. DE ADMINISTRAÇÃO
E FINANÇAS
PORTARIA: 3031/2021

Prontuário: 1427472/4

ILSON NUNES MENDES

Solicitação: 4350032

em 19/06/2024 16:48

D. Nasc: 02/12/1977

Idade: 46 anos 6 meses 17 dias

Solicitante: Dr. NELSON ADAMI ANDREOLLO CRM 28986



Unid.Solic: 2º ANDAR - FAIXA CINZA

Convênio: SUS / PLANO AMBULATORIO

Comparecer na: GASTROCENTRO -ENDOSCOPIA - 1o Andar/GASTROCENTRO.

Dia: 18/09/24 13:30

Sala: SALA2

Unid. Agendamento: GASTROCENTRO -ENDOSCOPIA

Preparo do paciente para realização do exame:

Jejum: 8 horas

Material: NAO COLETAVEL

| Item | Exame |
|------|--|
| 1 | <p>**GASTROCENTRO** - ENDOSCOPIA COM DILATAÇÃO ESOFÁGICA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comparecer ao local do exame com 30 minutos de antecedência. 2. Jejum por 8 horas antes do exame. Pode tomar somente água até as 10:00 horas da manhã. 3. Obrigatório <u>acompanhante adulto</u> durante todo o procedimento. 4. Se fizer uso de medicação, pode tomar no dia do exame. Se for diabético, tomar medicação APÓS o exame. 5. Trazer toalha de rosto, dentro de uma sacola plástica, para uso pessoal. 6. Não dirigir. Não andar de moto. |

Documento de identidade será exigido para realização do exame.

Informações Clínicas:

PARA AGENDAR EXAME NO AGHUSE

--- Informações Gerais: ---

Guarde este documento até a data da entrega/coleta.

Não há necessidade de imprimir/solicitar cópia dos exames para consulta no Hospital.

FIM



UNICA
NOME DC

PRONTUÁRIO: 14274724
ILSON NUNES MENDES

MATRÍCULA

OLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO

AMBULAT

02/12/1977



RETO

PRAZO MÍNIMO _____ DIAS DATA ____/____/____

VINCULADO A PROCEDIMENTO(S) ESPECIALIZADO(S)

AUTORIZAÇÃO DE VAGA (CRM)

ENVIAR RAIOS-X ANTERIORES COM PRONTUÁRIO? SIM NÃO

PROCEDIMENTO(S) ESPECIALIZADO(S) ASSINALAR CRITÉRIO DE URGÊNCIA (1/2/3) OU DATA

| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | 1 | 2 | 3 | DATA | AUTORIZAÇÃO DE VAGA (CRM) |
|--------|-----------------------|---|---|---|------|---------------------------|
| | Dilataçao endoscópica | | | | / / | |
| | Retorno em 3 meses. | | | | / / | |

ENVIAR RAIOS-X ANTERIORES COM PRONTUÁRIO? SIM NÃO

PROCEDIMENTO OU CIRURGIA AMBULATORIAL

COM ANESTESIA? SIM NÃO

DATA

HORA

AUTORIZAÇÃO DE VAGA (CRM)

ENVIAR RAIOS-X ANTERIORES COM PRONTUÁRIO? SIM NÃO

INTERCONSULTA TRANSFERÊNCIA

DESTINO

MOTIVO

DATA

AUTORIZAÇÃO DE VAGA (CRM)

Dr. Rafael P. O. Silva
CRM 52.210.288
CNS 702.0130.3919.0500

99/06/24

ENVIAR RAIOS-X ANTERIORES COM PRONTUÁRIO? SIM NÃO

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA

G333181502524976015
18/09/2024 15:05:23

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome PM RESERVA -FUS
Agência 2523-2
Conta corrente 8079-9

Creditado

Nome PM RESERVA CARTAO PAGTO
Agência 2523-2
Conta corrente 1000000-3
Valor 2.000,00
Destinação 0
Data Nesta data

| | | |
|--------------|--|---------------------|
| Assinada por | JE675264 JOCELIA TEREZINHA FAUSTIN SZEREMETA | 18/09/2024 15:02:51 |
| | JE675265 LUCAS MACHADO RIBEIRO | 18/09/2024 15:05:23 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE675265 LUCAS MACHADO RIBEIRO.

* VALDENIR DA LUZ MARTINS