



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°
	20/02/2025	928	830/2025	807/2025	

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 Banco Agência Conta
Conta Corrente 133 1563-6 41307-0

Classificação da despesa
3210 06 SECRETARIA DE SAÚDE
06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE
10.301.0016.2059 Fundo Municipal de Saúde - Gestão do Transporte Sanitário
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

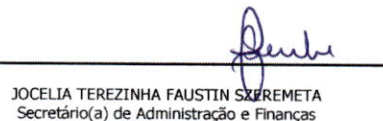
Servidor que autorizou o pagamento
269531 - LUCAS MACHADO RIBEIRO
Recursos _____ **Documento** _____ **Data** _____ **Valor** _____
00000 - Recursos Ordinários (Livres) _____ Conta bancária 52248 - BANCO DO BRASIL _____ 20/02/2025 R\$ 1.500,00

Recibo
Recebi do Município de Reserva, a importância de Um Mil e Quinhentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 807/2025.

Assinatura: _____

Reserva, ____/____/____


LUCAS MACHADO RIBEIRO
Prefeito Municipal


JOCELIA TEREZINHA FAUSTIN SZREMETA
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 **830/2025** Emitido em **07/02/2025** Requisição Nº _____ Empenho Nº **807/2025**

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 do empenho **R\$ 1.500,00**
06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE Valor liquidado **R\$ 1.500,00**
10.301.0016.2059 Fundo Municipal de Saúde - Gestão do Transporte Sanitário Saldo a liquidar **R\$ 0,00**
3.3.90.39.96.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ - PAGAMENTO ANTECIPADO
3210 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Outras informações _____

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

Servidor que autorizou a liquidação
922326 - THAIS MENDES MARTINS DIDEK

Vencimento da liquidação
09/03/2025

Histórico _____

Documentos fiscais

Tipo	Número	Série	Emissão	Valor	Tipo	Número	Série	Emissão	Valor
Processo de Adiantamento	022025	1	07/02/2025	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 **807/2025** Tipo **Ordinário** Emitido em **07/02/2025** Requisição Nº Req. Compra Nº

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 Saldo anterior
06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE R\$ 32.267,65
10.301.0016.2059 Fundo Municipal de Saúde - Gestão do Transporte Sanitário Valor empenhado
3.3.90.39.96.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ - PAGAMENTO ANTECIPADO R\$ 1.500,00
3210 00000 Recursos Ordinários (Livres) Saldo atual
Do Exercício R\$ 30.767,65

Outras informações

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


LUCAS MACHADO RIBEIRO
Prefeito Municipal

Ofício n.º 290/2025 -SMS

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

Reserva 04 de fevereiro de 2025.

Prezada(o)

Venho por meio deste solicitar adiantamento em nome do Motorista Valdenir Da Luz Martins (Matricula **922652**) no valor, **R\$ 1.500,00** para despesas com viagem para Bauru -SP, que será no dia 11/02/2025 com retorno no dia 12/02/2025, para levar a paciente Adriani Chagas para realizar uma avaliação e exames pré-operatórios. (agendamento em anexo).

Sendo o valor de **R\$ 1.500,00** 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
Setor de Contabilidade

Data 07 / 02 / 25
ASS [Assinatura]

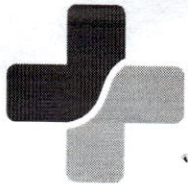
gov.br

Documento assinado digitalmente
THAIS MENDES MARTINS DIDEK
Data: 07/02/2025 06:24:36-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Thaís Mendes Martins Didek
Secretária Municipal de Saúde
Port. 4908/2025

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE
PREFEITURA MUNICIPAL
RESERVA - PR

JOCELIA T. F. SZEREMETA
SEC. DE ADMINISTRAÇÃO
E FINANÇAS
PORTARIA: 3031/2021

**REQUERIMENTO PARA ADIANTAMENTO DE DESPESAS DE VIAGEM**

Requerente: VALDENIR DA LUZ MARTINS	
Matrícula: 922652	
Lotação: Secretaria de Saúde	
Destino: São Paulo ...	
Data da partida: 11/02/2025	Data do retorno: 12/02/2025
Finalidade: Diária de Alimentação	
Justificativa: Levar paciente Adriani das Chagas , para realização de exames pre - operatórios o valor será utilizado em alimentação em viagens fora do município, além de hospedagens em hotéis e outros eventuais gastos	
Valor estimado: R\$ 1.500,00	

SERVIDORES E AUTORIDADES QUE ACOMPANHARÃO		
NOME	MATRÍCULA	LOTAÇÃO

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

x Valdenir 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 DP 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, _____ de _____ de 20__.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RESERVA
Setor de Contabilidade

Data 07/02/25
ASS [Assinatura]

Assinatura do Departamento de Contabilidade, sob carimbo

[Assinatura]
JOCELIA T. F. SZEREMETA
SEC. DE ADMINISTRAÇÃO
E FINANÇAS *10/02*
PORTARIA: 3031/2021



HOSPITAL DE REABILITAÇÃO
DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Paciente

Adriani Das Chagas

Prontuário

19749

Setor

Ambulatório Fissura

Dt Agenda	Setor	Agenda	Especialidade	Horário	
11/02/2025	Terça-feira	Odonto	Prótese 2	Protese	08:00

Observação

PRÓTESE 1 DIA COM 2 H - CONTROLE CANTILEVER DO 11 E 14/ALTA:ORTO, FONO, PERIO, AUDIO E FISIO

Orientações

- FAVOR SE APRESENTAR COM 30 MINUTOS DE ANTECEDÊNCIA
- ***** RECOMENDAÇÕES COVID-19 ***** - Se o paciente e/ou acompanhante estiver apresentando febre, tosse, espirros ou dificuldade de respirar, deve procurar assistência médica em sua cidade. Se o paciente e/ou acompanhante teve confirmação de COVID-19 ou contato com pessoa contaminada, deverá aguardar 30 dias de quarentena para ser atendido no HRAC. Em ambos os casos, entre em contato para reagendar seu atendimento.
- É permitida a entrada de 1 acompanhante por paciente menor de 18 ou acima de 60 anos.
- Mantenha sempre atualizado seu ENDEREÇO, TELEFONE e E-MAIL no cadastro do hospital.
- Pode haver solicitação por parte dos profissionais para permanecer por mais dias em atendimento. Na dúvida, venha bem preparado (traga dinheiro necessário, roupas e demais objetos de uso pessoal). Paciente com idade inferior a 18 anos deverá vir acompanhado por responsável legal.
- Caso o paciente saiba antecipadamente que não poderá comparecer na data marcada e comunicar o hospital com **até 3 (três) dias de antecedência** ao retorno previsto, o mesmo será reprogramado, conforme disponibilidade de vaga.
- As justificativas de faltas comunicadas com **menos de 3(três) dias de antecedência e até 7(sete) dias após a falta**, só serão aceitas por motivo de doença ou óbito na família, com comprovação (atestado médico, certidão de óbito de parente próximo, ajuda de custo, problema no trabalho), para que o paciente seja reagendado conforme disponibilidade de vaga, assim que possível.
- Serão considerados faltosos os pacientes que **NÃO** comparecerem para o atendimento e **NÃO** justificarem o motivo da ausência em **até 7(sete) dias após a falta**. A falta ficará documentada no prontuário e o mesmo será arquivado até que o paciente se manifeste.
- Caso o paciente manifeste interesse em ser reagendado **após 7(sete) dias de sua falta**, o mesmo será reprogramado considerando a data de manifestação do paciente e não a data do pedido médico, ou seja, **entrará no final da lista de espera**.
- A Profis - Bauru comunica que temporariamente todas as suas atividades estão suspensas.
- Dúvidas, transferências, justificativas de faltas ou alteração de endereço entre em contato **SOMENTE** pelo site www.hrac.usp.br ou pelo e-mail spp@usp.br.
- Ao término das consultas, dirija-se ao guichê da RECEPÇÃO para ser dispensado.

ATENÇÃO! LEIA TUDO O QUE ESTÁ ESCRITO NESTA CARTA!

Traga o seu Cartão Nacional de Saúde.
Caso não tenha, vá até a Secretaria Municipal de Saúde da sua cidade e peça o seu.

Prontuário: 19749	Nome: Adriani Das Chagas
Tipo de atendimento : Avaliação e exames pré-operatórios	
Data do agendamento : 12/02/2025 Quarta-feira	Horário: 6:45h
Prováveis cirurgias: Sinusotomia Transmaxilar (Sinusectomia);	
Observações:	Tempo: 3hrs / Na vaga / Sinusectomia maxilar bilateral + Turbinectomia média bilateral + Turbinectomia inferior esquerda // Lib orto definitivo IS 03/10/16 // //favor confirmar recebimento e comparecimento

Atenção! Leia tudo o que está escrito nesta carta!

Traga o seu cartão nacional de saúde: disponível na Secretaria Municipal de Saúde.

Normas Hospitalares que deverão ser respeitadas para a realização de sua cirurgia:

Atenção: Confirme sua presença pelo e-mail spp@usp.br em até **7 dias do RECEBIMENTO** deste aviso de agendamento. Caso não seja confirmada sua presença, este atendimento será automaticamente **CANCELADO**.

- ***** RECOMENDAÇÕES COVID-19 ***** Se o paciente e/ou acompanhante estiver apresentando febre, tosse, espirros ou dificuldade de respirar, deve procurar assistência médica em sua cidade. Se o paciente e/ou acompanhante teve confirmação de COVID-19 ou contato com pessoa contaminada, deverá aguardar 30 dias de quarentena para ser atendido no HRAC. Paciente que tomar vacina para Covid deverá aguardar 15 dias para retorno no HRAC. Em ambos os casos, entre em contato para reagendar seu atendimento.
- Se o usuário não comparecer à avaliação/exames pré-operatórios e não houver cancelado esse atendimento, deverá justificar a falta em até 7 dias após a data do agendamento, pelo e-mail: spp@usp.br. Caso a justificativa ocorra após os 7 dias de sua falta, o usuário será reprogramado considerando a data de sua manifestação e não a data do pedido médico, ou seja, entrará no final da lista de espera.
- Usuário que estiver agendado para realizar cirurgia ORTOGNÁTICA, ENXERTO ÓSSEO, IMPLANTE COCLEAR ou TIMPANOMASTÓIDE deverá ter como acompanhante uma pessoa maior de 18 anos.
- A PROFIS - Bauru comunica que temporariamente todas as suas atividades (alojamento, refeição e sala de descanso) estão suspensas.

Observações importantes

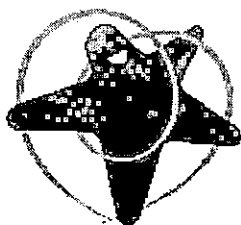
- Caso ocorra alguma intercorrência, a cirurgia poderá não ser realizada de imediato. O usuário deverá vir preparado com roupas/calçados, dinheiro, licença do trabalho e outras providências necessárias, para aguardar a vaga da cirurgia em Bauru por até 10 dias ou será reprogramado em data oportuna.

- Mudou-se Não Procurado
 Desconhecido Endereço Insuficiente
 Recusado Não existe n. indicado
 Falecido
 Ausente

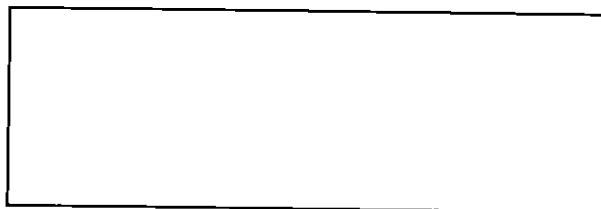
Reintegrado ao Serviço Postal em _____

Responsável _____

Visto _____



HOSPITAL DE REABILITAÇÃO
DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



Adriani Das Chagas
A/C de: SANDRA REGINA DAS CHAGAS
POLONIA , 999 AP 2

Centro
84320000 . TOMAZINA PR

Hospital de Reab. de Anomalias Craniofaciais - USP

Serviço de Prontoário do Paciente
Rua Sílvio Marchione. 3-20 Vila Universitária
CEP 17012-900 Bauru - SP Fax (14) 3235 - 8015
e-mail: spp@usp.br Home-page: www.hrac.usp.br

Então eu disse que não consigo ir aí agora pq não posso pegar chuva por conta que tive uma crise muito forte de sinusite não posso pegar chuva de jeito algum .

Mas enfim dia 10 tenho que estar lá por conta que dia 11 tenho que estar no hospital 6:30 da manhã que é a entrada pq tenho consulta 8:30 com médicos de próteses que no caso foi os implantes de osso que eu fiz no rosto terei que fazer exames para ver como está , aí dia 12 tenho exames pré operatórios para ver como estou de saúde para poder operar , aí dia 12 que terei a resposta se irei operar dia 13 , se eu operar dia 13 provavelmente será na parte da manhã pq irei fazer 4 tipos de cirurgia em uma só.

Ai dia 14 provavelmente eu ficarei no hospital para o pós operatório e dia 15 eles liberam !

Porém só vou ter essa certeza lá aí dia 12 eu lhe aviso o motorista tem que ficar até dia 12 para uma eventualidade de não poder operar para voltar embora caso eu opere ele volta e daí volta me buscar , igual da outra vez



Transferência entre contas diversas**Debitado**

Nome PREF MUN CONTA MOVIMENTO
Agência 2523-2
Conta corrente 5224-8

Creditado

Nome PM RESERVA CARTAO PAGTO
Agência 2523-2
Conta corrente 1000000-3
Valor 9.200,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JE675264 JOCELIA TEREZINHA FAUSTIN SZEREMETA	14/02/2025 16:12:04
	JE675265 LUCAS MACHADO RIBEIRO	14/02/2025 16:12:40

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE675265 LUCAS MACHADO RIBEIRO.

* JULIANO DOS SANTOS
* LUIS FERNANDO ROSSA
* HEBER PEDROSO
* NELCÍ NUNES
* VALDENIR DA LUZ

FOI DEVOLVIDO P/A CONTA 5224-8
O VALOR DE R\$ 2.700,00