



Município de Reserva - PR

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

NOTA DE PAGAMENTO (EM PREVISÃO)

Número	Data	Previsão Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
	10/11/2020	6202	5439/2020	4726/2020	

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 Matrícula CPF/CNPJ
JOEL KOPTSKI 25118-6 029.320.749-62

Endereço Bairro
RUA CIBELE MARCONDES DE ALMEIDA, 112 VILA MARTINS

Cidade/UF CEP Fone Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Reserva/PR 84320-000 Conta Corrente 341 3854 21012-1

Classificação da despesa

2130 06 SECRETARIA DE SAÚDE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA
06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE

10.122.0006.2042 Atividades do Gabinete do Secretário de Saude

3.3.90.39.96.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ - PAGAMENTO ANTECIPADO

Valor
R\$ 600,00

Outras informações

Retenções

Total de retenções
R\$ 0,00

Valor líquido
R\$ 600,00

Recursos

00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Documento Data Valor
Conta bancária 80799 - BANCO DO BRASIL 10/11/2020 R\$ 600,00

Recibo

Recebi do Município de Reserva, a importância de Seiscentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 4726/2020.

Assinatura: _____

Reserva, ____/____/____

FREDERICO BITTENCOURT HORNING

JOSSIMARA VIEIRA XAVIER
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 **5439/2020** Emitido em **06/10/2020** Requisição Nº _____ Empenho Nº **4726/2020**

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 **JOEL KOPTSKI** Matrícula **25118-6** CPF/CNPJ **029.320.749-62**
Endereço **RUA CIBELE MARCONDES DE ALMEIDA, 112** Bairro **VILA MARTINS**
Cidade/UF **Reserva/PR** CEP **84320-000** Fone _____ Tipo de conta bancária Banco **Conta Corrente** Agência **341 3854** Conta **21012-1**

Classificação da despesa
06 SECRETARIA DE SAÚDE E VIGILÂNCIA SANITÁRIA
06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE **Saldo do empenho R\$ 600,00**
10.122.0006.2042 Atividades do Gabinete do Secretário de Saude **Valor liquidado R\$ 600,00**
3.3.90.39.96.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ - PAGAMENTO ANTECIPADO
2130 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\$ 600,00

Servidor que autorizou a liquidação
92183 - GILDEVANO DOS SANTOS ANDRADE

Histórico _____

Documentos fiscais									
Tipo	Número	Série	Emissão	Valor	Tipo	Número	Série	Emissão	Valor
16 - Processo de Adiantamento	102020	1	06/10/2020	600,00					



PREFEITURA MUNICIPAL DE RESERVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Benjamim Branco, 762 – Telefone: (42) 3276-8600.
Email: saude.reserva@hotmail.com.



Reserva – PR.

REQUERIMENTO PARA ADIANTAMENTO DE DESPESAS DE VIAGEM

Requerente: JOEL KOPTSKI	
Matrícula:	
Lotação: Secretaria de Saúde	
Destino: Curitiba/Ponta Grossa e Telêmaco Borba.	
Agência do Servidor:	Conta Corrente do Servidor:
Finalidade: Diária de Alimentação.	
Justificativa: Utilizar em alimentação em viagens de Transporte de pacientes fora do município	
Utilizar Recurso Atividades do Gabinete do Secretário de Saúde Fonte nº 000.	
Valor estimado: R\$ 600,00	

SERVIDORES E AUTORIDADES QUE ACOMPANHARÃO

NOME	MATRÍCULA	LOTAÇÃO

Prefeitura Municipal de Reserva, 30 de Setembro de 2020.

Assinatura
acompanhante(s)

PARA USO EXCLUSIVE DO SECRETÁRIO DE
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__

Gildevano dos Santos Andrade
SECRETARIO MUN DE SAUDE
PORT 2.811/2020 - RESERVA PR

Assinatura do Secretário Municipal de _Saúde/ Diretor do Departamento de Saúde,

PARA USO EXCLUSIVO DO DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE

Ao Sr. Secretário Municipal de Gestão e Negócios Jurídicos

<input type="checkbox"/> Empenhamento deferido	<input type="checkbox"/> Empenhamento indeferido
Valor autorizado	R\$
Dotação Orçamentária nº fonte 303	
Forma de restituição/ reembolso do valor residual	

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

Assinatura do Departamento de Contabilidade, sob carimbo



Avenida Coronel Rogério Barba, 742 – Tele fax (0xx42) 3276 -8300.
84.320-000 Reserva - Paraná

Email: prefeitura.reserva@bol.com.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE RESERVA
Setor de Contabilidade

Recebido em: 07/10/2020
Assinatura: *Rui de Almeida*

Visualização de arquivos**Auto-Atendimento
Comprovante – Arquivo**

Agência débito: 2523-2
Conta débito: 8079-9
CPF/CNPJ: 76169879/0001-61 MUNICÍPIO DE RESERVA

Banco: 341
Agência crédito: 3854-
Conta crédito: 21012-1
Favorecido: JOEL KOPTSKI
Documento empresa: 00000013230000025118
Data pagamento: 20/10/2020
Valor pagamento: 600,00
Documento banco: 00000890000288155548
Data real pagamento: 20/10/2020
Valor real pagamento: 600,00
Autenticação: CCFB94002204DBCD