



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 Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
	20/02/2024	975	814/2024	679/2024	

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

NELCI NUNES DE OLIVEIRA

Matrícula
22740-4

CPF/CNPJ
055.993.519-63

Endereço

RUA GENEROSO MARQUES, 264

Bairro

CENTRO

Cidade/UF

Reserva/PR

CEP

84320-000

Fone

Tipo de conta bancária

Conta Corrente

Banco

341

Agência

3854

Conta

16296-7

Classificação da despesa

3160 06 SECRETARIA DE SAÚDE

06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE

10.122.0016.2058 Gestão do Fundo Municipal de Saúde - Gabinete da Secretária

3.3.90.39.96.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ - PAGAMENTO ANTECIPADO

Valor

R\$ 1.800,00

Outras informações

Retenções

Total de retenções

R\$ 0,00

Valor líquido

R\$ 1.800,00

Servidor que autorizou o pagamento

269531 - LUCAS MACHADO RIBEIRO

Recursos

00000 - Recursos Ordinários (Livres)

Conta bancária 52248 - BANCO DO BRASIL

Documento

Data

20/02/2024

Valor

R\$ 1.800,00


Recibo

Recebi do Município de Reserva, a importância de Um Mil e Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 679/2024.

Assinatura: _____

Reserva, ____/____/____

LUCAS MACHADO RIBEIRO
Prefeito Municipal



JOCELIA TEREZINHA FAUSIN 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 **814/2024** Emitido em **08/02/2024** Requisição Nº _____ Empenho Nº **679/2024**

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 **NELCI NUNES DE OLIVEIRA** Matrícula **22740-4** CPF/CNPJ **055.993.519-63**
Endereço **RUA GENEROSO MARQUES, 264** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Reserva/PR** CEP **84320-000** Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 341 3854 16296-7

Classificação da despesa _____
06 SECRETARIA DE SAÚDE Saldo do empenho **R\$ 1.800,00**
06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE Valor liquidado **R\$ 1.800,00**
10.122.0016.2058 Gestão do Fundo Municipal de Saúde - Gabinete da Secretária
3.3.90.39.96.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ - PAGAMENTO ANTECIPADO Saldo a liquidar **R\$ 0,00**
3160 00000 Recursos Ordinários (Livres)

Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 1.800,00**

Servidor que autorizou a liquidação _____
213231 - SIMONE DE OLIVEIRA LEMES DA CRUZ

Vencimento da liquidação _____
09/03/2024

Histórico _____

Documentos fiscais _____
Tipo Número Série Emissão Valor Tipo Número Série Emissão Valor
Processo de Adiantamento 022024 1 08/02/2024 1.800,00

REQUERIMENTO PARA ADIANTAMENTO DE DESPESAS DE VIAGEM

Requerente: NELCI NUNES DE OLIVEIRA	
Matrícula: 21481	
Lotação: Secretaria de Saúde	
Destino: CAMPO LARGO, CURITIBA, PONTA GROSSA, TELEMAGO BORBA ...	
Data da partida:	Data do retorno:
Finalidade: Diária de Alimentação	
Justificativa: Utilizar em alimentação em viagens de transporte de pacientes fora do município e outros eventuais gastos. Utilizar recurso.	
Valor estimado: R\$ 1.800,00	

SERVIDORES E AUTORIDADES QUE ACOMPANHARÃO		
NOME	MATRÍCULA	LOTAÇÃO

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

Nelci Nunes de Oliveira

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__.	

Assinatura do Secretário Municipal de *João Paulo* Saúde, sob carimbo.

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__.

Assinatura do Departamento de Contabilidade, sob carimbo

PREFEITURA MUNICIPAL DE RESERVA
Setor de Contabilidade

Data: 08/02/2024

Ass. Amo e.

Carimbo
JOCELIA T. F. SZEREMETA

SEC. DE ADMINISTRAÇÃO
E FINANÇAS 09/02

PORTARIA: 3031/2021

