



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°
	20/05/2022	2768	2415/2022	2115/2022	

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 **JOSE ALDAIR MARCAL** Matrícula 395-6 CPF/CNPJ 023.692.259-98
Endereço RUA RUA 10, 106 Bairro CENTRO
Cidade/UF Reserva/PR CEP 84320-000 Fone 4227620680 Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 341 3854 9428-5

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\$ 800,00**

Outras informações

Retenções

Total de retenções
R\$ 0,00

Valor líquido
R\$ 800,00

Servidor que autorizou o pagamento

269531 - LUCAS MACHADO RIBEIRO

Recursos

00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 80799 - BANCO DO BRASIL Documento _____ Data 20/05/2022 Valor R\$ 800,00

Recibo

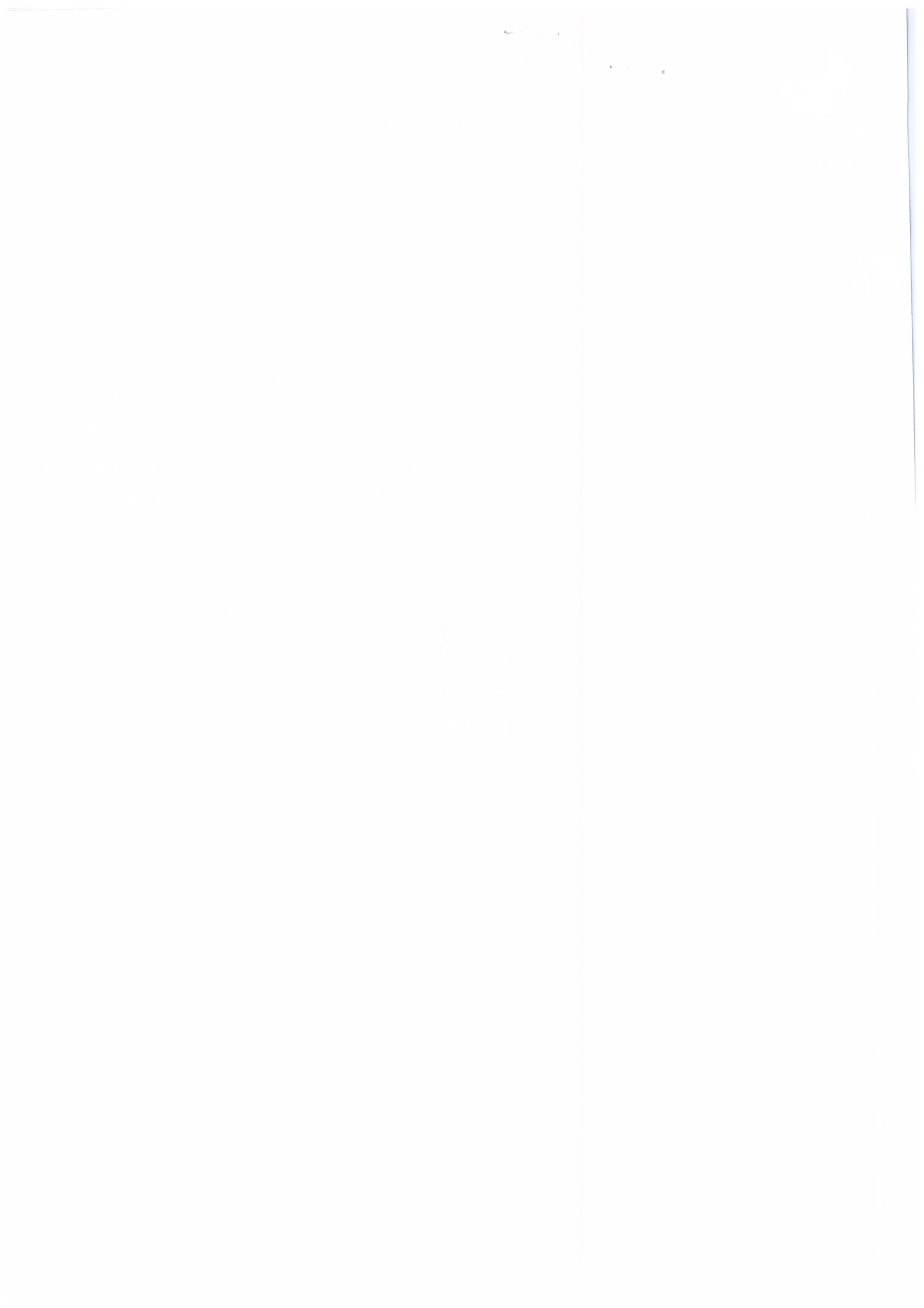
Recebi do Município de Reserva, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 2115/2022.

Assinatura: _____

Reserva, ____/____/____

LUCAS MACHADO RIBEIRO
Prefeito Municipal

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



REQUERIMENTO PARA ADIANTAMENTO DE DESPESAS DE VIAGEM

Requerente: <i>Dr. Aldair Marcel</i>		
Matricula: <i>1161</i>		
Lotação: <i>Saúde</i>		
Destino:	conta corrente:	Agência:
Finalidade:		
Justificativa: Utilizar em alimentação em viagens de transporte de pacientes fora do município, T.F.D		
Valor estimado: <i>800,00</i>		

[Signature]
PARA USO EXCLUSIVO DO SECRETARIO DE
Senhor (a) Secretaria (o) Municipal de Administração e finanças

Requerimento deferido Requerimento indeferido

Prefeitura Municipal de Reserva, *29* de *abril* de 2022

[Signature]
Thais Mendes Martins Didek
Secretária Interna de Saúde
Assinatura do Secretário Municipal 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 Orçamentaria nº fonte 303	
Forma de restituição/reembolso do valor	
Residual	

Prefeitura Municipal de Reserva, ____ de ____ de 2022

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE
PREFEITURA MUNICIPAL
RESERVA – PR

PREFEITURA MUNICIPAL DE RESERVA
Setor de Contabilidade
Recebido em *29/04/22*
Assinatura *[Signature]* *9:26*

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: 9428-5
Favorecido: JOSE ALDAIR MARCAL
Documento empresa: 00000019190000000395
Data pagamento: 06/05/2022
Valor pagamento: 800,00
Documento banco: 00000890000348725202
Data real pagamento: 06/05/2022
Valor real pagamento: 800,00
Autenticação: 8D13A20A38CD252D

