

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
	20/06/2022	3621	3202/2022	2733/2022	

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 **JOEL KOPTSKI** Matrícula 25118-6 CPF/CNPJ 029.320.749-62
Endereço RUA SIBELE MARCONDES DE ALMEIDA, 112 Bairro VILA MARTINS
Cidade/UF Reserva/PR CEP 84320-000 Fone 999093505 Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 341 3854 21012-1

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 _____

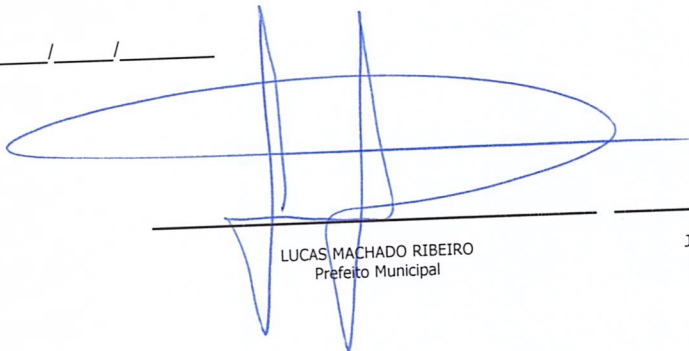
Retenções _____
Total de retenções R\$ 0,00
Valor líquido R\$ 800,00

Servidor que autorizou o pagamento _____
269531 - LUCAS MACHADO RIBEIRO Documento _____ Data 20/06/2022 Valor R\$ 800,00
Recursos _____
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 80799 - BANCO DO BRASIL

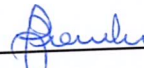
Recibo _____
Recebi do Município de Reserva, a importância de Oitocentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 2733/2022.

Assinatura: _____

Reserva, ____/____/____



LUCAS MACHADO RIBEIRO
Prefeito Municipal


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

Handwritten text, possibly a signature or date, located in the lower middle section of the page.

Município de Reserva - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **3202/2022** Emitido em **31/05/2022** Requisição Nº _____ Empenho Nº **2733/2022**

Licitação _____ Número _____
Tipo _____
Sem licitação _____
Contrato/Aditivo _____ Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada
Seqüência Contrato _____ Aditivo _____

Credor _____ Matrícula _____ CPF/CNPJ _____
Fornecedor **JOEL KOPTSKI** 25118-6 029.320.749-62
Endereço _____ Bairro **VILA MARTINS**
RUA SIBELE MARCONDES DE ALMEIDA, 112
Cidade/UF _____ CEP _____ Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Reserva/PR 84320-000 999093505 **Conta Corrente** 341 3854 21012-1

Classificação da despesa _____ Saldo do empenho **R\$ 800,00**
06 SECRETARIA DE SAÚDE
06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE Valor liquidado **R\$ 800,00**
10.122.0016.2056 Gestão do Fundo Municipal de Saúde - Gabinete da Secretária Saldo à Liquidar **R\$ 0,00**
3.3.90.39.96.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ - PAGAMENTO ANTECIPADO
4620 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Outras informações _____

Retenções _____ Total de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 800,00**

Servidor que autorizou a liquidação _____
922326 - THAIS MENDES MARTINS DIDEK

Histórico _____

Documentos fiscais	Número	Série	Emissão	Valor	Tipo	Número	Série	Emissão	Valor
Processo de Adiantamento	052022	1	31/05/2022	800,00					



Município de Reserva - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número **2733/2022** Tipo **Ordinário** Emitido em **31/05/2022** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

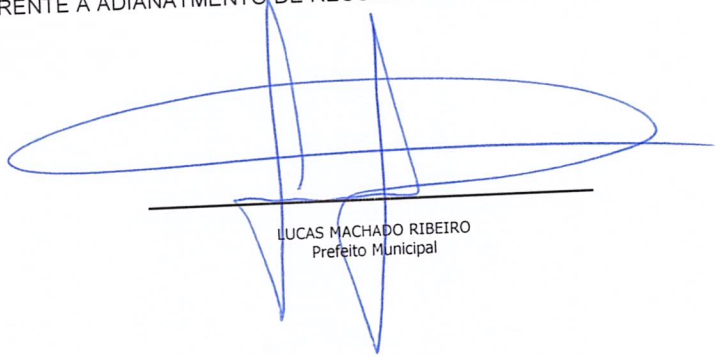
Licitação _____ Número _____
Tipo **Sem licitação**
Contrato/Aditivo _____ Aditivo _____ Início da vigência _____ Fim da vigência _____ Fim da vig. atualizada _____ Início da execução _____ Fim da execução _____ Fim da exe. atualizada _____
Sequência _____ Contrato _____

Credor _____ Matrícula _____ CPF/CNPJ _____
Fornecedor **JOEL KOPTSKI** 25118-6 029.320.749-62
Endereço _____ Bairro **VILA MARTINS**
RUA SIBELE MARCONDES DE ALMEIDA, 112
Cidade/UF _____ CEP _____ Fone _____ Tipo de conta bancária _____ Banco _____ Agência _____ Conta _____
Reserva/PR 84320-000 999093505 **Conta Corrente** 341 3854 21012-1

Classificação da despesa _____ Saldo anterior _____
06 SECRETARIA DE SAÚDE R\$ 81.085,11
06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE _____ Valor empenhado _____
10.122.0016.2056 Gestão do Fundo Municipal de Saúde - Gabinete da Secretária R\$ 800,00
3.3.90.39.96.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ - PAGAMENTO ANTECIPADO _____ Saldo atual _____
4620 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) R\$ 80.285,11
De Exercícios Anteriores

Outras informações _____

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



LUCAS MACHADO RIBEIRO
Prefeito Municipal

11



REQUERIMENTO PARA ADIANTAMENTO DE DESPESAS DE VIAGEM

Requerente: JOEL KOPTSKI	
Matrícula: 91878	
Lotação: Secretaria de Saúde	
Destino: Telêmaco Borba, Ponta Grossa, Campo Largo, Curitiba.	
Data da partida:	Data do retorno:
Finalidade: Diária de Alimentação	
Justificativa: Utilizar em alimentação em viagens de Transporte de pacientes fora do município Utilizar Recurso	
Valor estimado: R\$ 800,00	

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

Joel Koptski
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 checked="" type="checkbox"/> Requerimento deferido	<input type="checkbox"/> Requerimento indeferido
---	--

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

Thais Mendes Martins Didek
Secretaria Interina de Saúde
Assinatura do Secretário Municipal de _____
Port. 3508 / 2022 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

Declaro ter recebido nesta data o valor ao final indicada de R\$ _____ (_____) Sob a forma do regime de adiantamento de despesas de viagem. Estou ciente das responsabilidades, prazos e dos termos da prestação de contas, comprometendo-me a fazê-lo no prazo de 5 (cinco) dias uteis contados do meu retorno, sob pena de retenção dos valores conforme estabelecido pela Lei Municipal nº _____ / _____ e demais dispositivos legais pertinentemente aplicáveis. Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Reserva, 01/06/2022

JOCELIA T. F. SZEREMETA
SEC. DE ADMINISTRAÇÃO
E FINANÇAS
PORTARIA: 3034/2021

Assinatura e identificação do responsável sob carimbo

PREFEITURA MUNICIPAL DE RESERVA
Setor de Contabilidade

Recebido em 01/06/22

Assinatura q 14:26

