



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 N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
	20/07/2025	6209	5607/2025	4323/2025	

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

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

42999093505

Tipo de conta bancária

Conta Corrente

Banco

341

Agência

3854

Conta

21012-1

Classificação da despesa

3130 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\$ 2.000,00

Outras informações

Retenções

Total de retenções

R\$ 0,00

Valor líquido

R\$ 2.000,00

Servidor que autorizou o pagamento

922081 - LUCAS MACHADO RIBEIRO

Recursos

00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Conta bancária 80799 - BANCO DO BRASIL

Documento

Data

20/07/2025

Valor

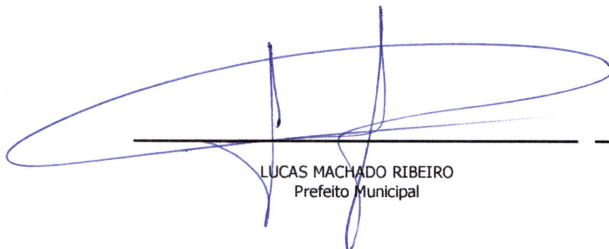
R\$ 2.000,00

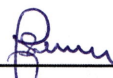
Recibo

Recebi do Município de Reserva, a importância de Dois Mil Reais, referente ao pagamento do empenho número 4323/2025.

Assinatura: _____

Reserva, ____/____/____


LUCAS MACHADO RIBEIRO
Prefeito Municipal


JOCELIA TEREZINHA FAUSTIN 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 **5607/2025** Emitido em **14/07/2025** Requisição Nº _____ Empenho Nº **4323/2025**

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 **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 **42999093505** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **341** Agência **3854** Conta **21012-1**

Classificação da despesa
06 SECRETARIA DE SAÚDE **Saldo do empenho R\$ 2.000,00**
06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE **Valor liquidado R\$ 2.000,00**
10.122.0016.2058 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
3130 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) **Valor líquido R\$ 2.000,00**

Outras informações

Retenções
Total de retenções R\$ 0,00
Valor líquido R\$ 2.000,00

Servidor que autorizou a liquidação
922326 - THAIS MENDES MARTINS DIDEK

Vencimento da liquidação
13/08/2025

Histórico

Documentos fiscais

Tipo	Número	Séne	Emissão	Valor	Tipo	Número	Série	Emissão	Valor
Processo de Adiantamento	072025	1	14/07/2025	2.000,00					



Município de Reserva - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número **4323/2025** Tipo **Ordinário** Emitido em **14/07/2025** Requisição Nº Req. Compra Nº

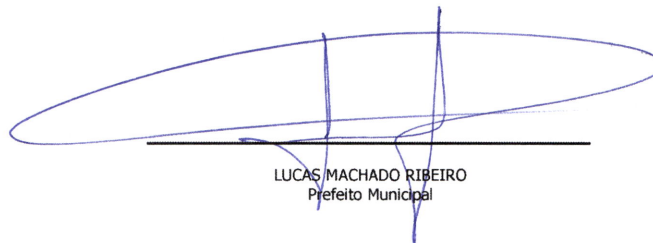
Licitação
Tipo **Sem licitação** Número
Contrato/Aditivo
Sequência Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor
Fornecedor **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 **42999093505** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **341** Agência **3854** Conta **21012-1**

Classificação da despesa
06 SECRETARIA DE SAÚDE Saldo anterior
06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE R\$ 12.177,25
10.122.0016.2058 Gestão do Fundo Municipal de Saúde - Gabinete da Secretária Valor empenhado
3.3.90.39.96.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ - PAGAMENTO ANTECIPADO R\$ 2.000,00
3130 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo atual
De Exercícios Anteriores R\$ 10.177,25

Outras informações

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


LUCAS MACHADO RIBEIRO
Prefeito Municipal

Ofício n.º 2105/2025 - SMS

De: Gabinete da Secretária de Saúde
Solicitante: Thais Mendes Martins Didek

Reserva 11 de julho de 2025.

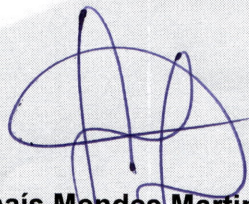
Prezada(o),

Venho por meio deste solicitar adiantamento em nome do Motorista **Joel Kopteski** (Matricula **91878**) para despesas com viagem para Campinas- Unicamp-SP, que será no dia 23/07/2025 com retorno no dia 24/07/2025, para levar a paciente Ilson Nunes Mendes para realizar uma Endoscopia (agendamento em anexo).

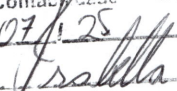
Sendo o valor de **R\$ 2.000,00** a ser adiantado no cartão corporativo do motorista.

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.



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

PREFEITURA MUNICIPAL DE RESERVA
Setor de Contabilidade
Data: 14/07/25
Ass: 

Ticket de exames a realizar

Prontuário: 1427472/4 ILSON NUNES MENDES
 Solicitação: 4943527 em 19/03/2025 15:59
 Idade: 47 anos 3 meses 17 dias
 Solicitante: Dr. MARLONE CUNHA DA SILVA CRM 126444
 Unid.Solic: GASTROCENTRO
 Convênio: SUS / PLANO AMBULATORIO

D. Nasc: 02/12/1977



 Comparecer na: GASTROCENTRO -ENDOSCOPIA - 1o Andar/GASTROCENTRO.

Dia: 23/07/25 13:30 Sala: SALA2
Unid. Agendamento: GASTROCENTRO -ENDOSCOPIA
 Preparo do paciente para realização do exame:
Jejum: 8 horas

Material: NAO COLETAVEL

Item	Exame
1	**GASTROCENTRO** - ENDOSCOPIA COM DILATAÇÃO ESOFÁGICA 1. Comparecer ao local do exame com 30 minutos de antecedência. 2. Jejum por 8 horas antes do exame. Pode tomar somente água até as 10:00 horas da manhã. 3. Obrigatório acompanhante adulto durante todo o procedimento. 4. Se fizer uso de medicação, pode tomar no dia do exame. Se for diabético, tomar medicação APÓS o exame. 5. Trazer toalha de rosto, dentro de uma sacola plástica, para uso pessoal. 6. Não dirigir. Não andar de moto.

Documento de identidade será exigido para realização do exame.

Informações Clínicas:
 para agendar exame no aghuse

--- Informações Gerais: -----
 Guarde este documento até a data da entrega/coleta.

Não há necessidade de imprimir/solicitar cópia dos exames para reconsulta no Hospital.

----- FIM -----



Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome PM RESERVA -FUS
Agência 2523-2
Conta corrente 8079-9

Creditado

Nome PM RESERVA CARTAO PAGTO
Agência 2523-2
Conta corrente 1000000-3
Valor 6.000,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por JE675264 JOCELIA TEREZINHA FAUSTIN SZEREMETA

18/07/2025 14:33:53

JE675265 LUCAS MACHADO RIBEIRO

18/07/2025 14:37:38

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE675265 LUCAS MACHADO RIBEIRO.

* CLAUDINEI DA LUZ DA SILVA

* JOEL KOPTSKI

* SÉRGIO IARENCHCHUK