



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
	20/08/2025	7111	6407/2025	4816/2025	

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

3220 06 SECRETARIA DE SAÚDE

06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE

10.301.0016.2059 Fundo Municipal de Saúde - Gestão do Transporte Sanitário

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

20/08/2025

Valor

R\$ 2.000,00

Recibo

Recebi do Município de Reserva, a importância de Dois Mil Reais, referente ao pagamento do empenho número 4816/2025.

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 **6407/2025** Emitido em **06/08/2025** Requisição Nº _____ Empenho Nº **4816/2025**

Licitação _____
Tipo _____ 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 Banco **Conta Corrente 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**
10.301.0016.2059 Fundo Municipal de Saúde - Gestão do Transporte Sanitário Saldo a Liquidar **R\$ 0,00**
3.3.90.39.96.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ - PAGAMENTO ANTECIPADO
3220 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

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 _____
05/09/2025

Histórico _____



Município de Reserva - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número 4816/2025	Tipo Ordinário	Emitido em 06/08/2025	Requisição Nº	Req. Compra Nº
----------------------------	-------------------	--------------------------	---------------	----------------

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 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

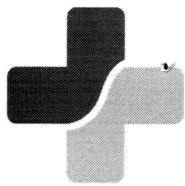
06 SECRETARIA DE SAÚDE	Saldo anterior
06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE	R\$ 2.913,41
10.301.0016.2059 Fundo Municipal de Saúde - Gestão do Transporte Sanitário	Valor empenhado
3.3.90.39.96.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ - PAGAMENTO ANTECIPADO	R\$ 2.000,00
3220 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
Do Exercício	R\$ 913,41

Outras informações

Histórico

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

LUCAS MACHADO RIBEIRO
Prefeito Municipal



REQUERIMENTO PARA ADIANTAMENTO DE DESPESAS DE VIAGEM

Requerente: JOEL KOPTSKI	
Matrícula: 91878	
Lotação: Secretaria de Saúde	
Destino: CAMPO LARGO, PONTA GROSSA, TELEMACHO 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\$ 2.000,00	

SERVIDORES E AUTORIDADES QUE ACOMPANHARÃO		
NOME	MATRÍCULA	LOTAÇÃO

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

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

Assinatura do Secretário Municipal de *Thais M. U. Didek* Saúde, sob carimbo.
Secretaria de Saúde
Port: 4908/2025

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

Jocelia T. Faustini
Jocelia T. Faustini
Secretária de Adm e Finanças
Portaria nº 4904/2025

PREFEITURA MUNICIPAL DE RESERVA
Setor de Contabilidade
Data 09/08/25
ASS *[Signature]*

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 4.000,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JE675264 JOCELIA TEREZINHA FAUSTIN SZEREMETA	08/08/2025 14:35:15
	JE675265 LUCAS MACHADO RIBEIRO	08/08/2025 14:40:29

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE675265 LUCAS MACHADO RIBEIRO.

* JOEL KOPTSKI

* VALDENIR DA LUZ