



## 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	7386	6680/2025	4987/2025	

#### 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 **THAIS MENDES MARTINS DIDEK** Matrícula 26814-3 CPF/CNPJ 072.324.009-42

Endereço RUA MARCILIO DIAS, 0 - FIM DA RUA Bairro CENTRO

Cidade/UF Reserva/PR CEP 84320-000 Fone (42) 99913-0853 Tipo de conta bancária Conta Corrente Banco 104 Agência 400 Conta 49564-9

#### Classificação da despesa

3120 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\$ 500,00

#### Outras informações

#### Retenções

Total de retenções  
R\$ 0,00

Valor líquido  
R\$ 500,00

#### Servidor que autorizou o pagamento

922081 - LUCAS MACHADO RIBEIRO

#### Recursos

00000 - Recursos Ordinários (Livres) Documento Conta bancária 52248 - BANCO DO BRASIL Data 20/08/2025 Valor R\$ 500,00

#### Recibo

Recebi do Município de Reserva, a importância de Quinhentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 4987/2025.

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 **6680/2025** Emitido em **18/08/2025** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Empenho Nº **4987/2025**

**Licitação**  
Tipo **Sem licitação** Número \_\_\_\_\_  
**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 **THAIS MENDES MARTINS DIDEK** Matrícula **26814-3** CPF/CNPJ **072.324.009-42**  
Endereço **RUA MARCILIO DIAS, 0 - FIM DA RUA** Bairro **CENTRO**  
Cidade/UF **Reserva/PR** CEP **84320-000** Fone **(42) 99913-0853** Tipo de conta bancária Banco **Conta Corrente 104** Agência **400** Conta **49564-9**

**Classificação da despesa**  
06 SECRETARIA DE SAÚDE **Saldo do empenho R\$ 500,00**  
06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE **Valor liquidado R\$ 500,00**  
10.122.0016.2058 Gestão do Fundo Municipal de Saúde - Gabinete da Secretária **Saldo a liquidar R\$ 0,00**  
3.3.90.39.96.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ - PAGAMENTO ANTECIPADO  
3120 00000 Recursos Ordinários (Livres)

**Outras informações**

**Retenções**  
**Total de retenções R\$ 0,00**  
**Valor líquido R\$ 500,00**

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

**Vencimento da liquidação**  
17/09/2025

**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 **4987/2025** Tipo **Ordinário** Emitido em **15/08/2025** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Req. Compra Nº \_\_\_\_\_

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 **THAIS MENDES MARTINS DIDEK** Matrícula **26814-3** CPF/CNPJ **072.324.009-42**  
Endereço **RUA MARCILIO DIAS, 0 - FIM DA RUA** Bairro **CENTRO**  
Cidade/UF **Reserva/PR** CEP **84320-000** Fone. **(42) 99913-0853** Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **104** Agência **400** Conta **49564-9**

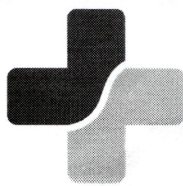
Classificação da despesa \_\_\_\_\_  
**06 SECRETARIA DE SAÚDE**  
**06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**10.122.0016.2058 Gestão do Fundo Municipal de Saúde - Gabinete da Secretária**  
**3.3.90.39.96.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ - PAGAMENTO ANTECIPADO**  
**3120 00000 Recursos Ordinários (Livres)**  
**Do Exercício**

Saldo anterior	R\$ 27.634,42
Valor empenhado	<b>R\$ 500,00</b>
Saldo atual	R\$ 27.134,42

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



SECRETARIA MUNICIPAL DE

**SAÚDE**

RESERVA - PARANÁ

**REQUERIMENTO PARA ADIANTAMENTO DE DESPESAS DE VIAGEM**

Requerente: <b>THAIS M. MARTINS DIDEK</b>	
Matrícula: <b>922326</b>	
Lotação: <b>Secretaria de Saúde</b>	
Destino: Curitiba	
Data da partida: 19/08/25	Data do retorno: 20/08/25
Finalidade: Alimentação e hospedagem em hotéis.	
Justificativa: Participação no Seminário da APS nos territórios, os valores serão utilizados em alimentação em viagens fora do município, além de hospedagens em hotéis e outros eventuais gastos.	
Valor estimado: <b>R\$ 500,00</b>	

## SERVIDORES E AUTORIDADES QUE ACOMPANHARÃO

NOME	MATRÍCULA	LOTAÇÃO

Prefeitura Municipal de Reserva, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura  
Do RequerenteAssinatura da  
Autoridade que autoriza  
sob carimboAssinatura  
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. M. 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

PREFEITURA MUNICIPAL DE RESERVA  
Setor de Contabilidade

Data: 19/08/25

Frattella

Lucia T. Faustin Szeremeta  
Secretária de Adm e Finanças  
Portaria nº 4904/2025

JSL/08

\* **Hotel São Francisco - Período: 19/08 a 20/08 - CASAL** - R\$131,75 diária - Trabalhamos com tarifas flutuantes, valores e disponibilidade podem alterar\* (café incluso)

Períodos de alta ocupação possuem tarifa não reembolsável

\* **Slim Curitiba, segue orçamento de reserva:**

Duplo:  $295,00 + 5\% = 309,75$

individual:  $270,00 + 5\% = 283,50$

\* **Hotel Elo Curitiba**

Duplo 2 camas de solteiro - 1 pessoa

R\$ 150,00

Duplo 2 camas de solteiro - 2 pessoas

R\$ 175,00

Suíte 1 cama de casal - 1 pessoa

R\$ 195,00

Suíte 1 cama de casal - 2 pessoas

R\$ 220,00



Secretaria Municipal de Saúde <saudereservapr2@gmail.com>

---

## cotação reserva 19 a 20.08

1 mensagem

---

**Rafael Nascimento - Reservas - Slim Avenida das Torres**  
<reservas.slct@slimhoteis.com.br>  
Para: "saudereservapr2@gmail.com" <saudereservapr2@gmail.com>

15 de agosto de 2025 às  
14:08

Boa tarde Nathalia tudo bem ?

segue orçamento de reserva:

quarto standart duplo casal ou solteiro : 295,00 + 5% = 309,75

quarto standart individual: 270,00 + 5%= 283,50

café da manhã já incluso / estacionamento R\$25.00 ( diária - mediante disponibilidade de vagas ) .

guardo os nomes para a confirmação das reservas .

*Atenciosamente;*

*Rafael Nascimento*

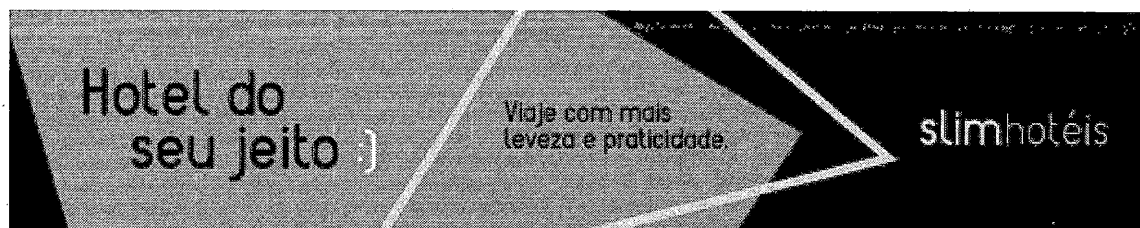
*Reservas e Eventos*

*Slim Curitiba Av. das Torres*

**\*\*Em caso de urgência/emergência, favor entrar em contato com a Recepção (recepcao.slct@slimhoteis.com.br) ou Gerência (gerente.slct@slimhoteis.com.br) - 41 3040-2100.**

(41) 3040-2101 – reservas.slct@slimhoteis.com.br

Rua: Deputado Miguel Buffara nº 88, Jd. das Americas - Curitiba/PR - CEP: 81520-090





Secretaria Municipal de Saúde &lt;saudereservapr2@gmail.com&gt;

## Confirmação de reserva HOTEL SÃO FRANCISCO N° Reserva/Estada: 36142 - chegada: 19/08/2025 e saída: 20/08/2025

1 mensagem

reservas@redeandradesaofrancisco.com.br

15 de agosto de 2025 às

&lt;reservas@redeandradesaofrancisco.com.br&gt;

15:32

Para: "saudereservapr2@gmail.com" &lt;saudereservapr2@gmail.com&gt;

**Sistema Queóps - HOTEL SÃO FRANCISCO**

Data/Hora :15/08/2025 15:32:33

Página :1

Confirmação de reserva	N° Reserva/Estada: 36142
------------------------	--------------------------

**Dados****Hotel:** HOTEL SÃO FRANCISCO**Cidade:** CURITIBA**UF:** PR**Endereço:** ALAMEDA AUGUSTO STELLFELD 456**Telefone:** (48)3380-8800**Dados da reserva****Nome do hóspede:** THAIS MENDES MARTINS**CPF/RG:****Telefone:** 42991436465

DIDEK

**Faturar para:** RESERVA VIA WHATS**Cód. da reserva:****Solicitante da reserva:****Data prevista para chegada:** 19/08/25**Data prevista para saída:** 20/08/25

&amp;nbsp; &amp;nbsp; &amp;nbsp;

**Informações sobre os apartamentos/diárias:**

&amp;nbsp; &amp;nbsp; &amp;nbsp;

**Data****Tipo****Pessoas****Valor**

&amp;nbsp; &amp;nbsp; &amp;nbsp;

19 &gt; 20/08/25

DUPLO TWIN

2

131,75

&amp;nbsp; &amp;nbsp; &amp;nbsp;

**Observações**

&amp;nbsp; &amp;nbsp; &amp;nbsp;

&amp;nbsp; &amp;nbsp; &amp;nbsp;

Data da realização da reserva: 15/08/25

Nome do atendente do hotel: COMERCIAL

&amp;nbsp; &amp;nbsp; &amp;nbsp;

&amp;nbsp; &amp;nbsp; &amp;nbsp;

Observação :

Informações Importantes: - Diárias incluem café da manhã cortesia. - Check-in à partir das 14h e checkout até às 12h. - Aceitamos pets até 10kg mediante pagamento de taxa por pet de R\$100,00/diária. - Estacionamento sujeito à disponibilidade, a ser confirmado com a recepção no momento do check-in, com custo extra. Confirmação de reserva: Reserva confirmada apenas mediante pagamento com no mínimo 48h de antecedência. Entrar em contato através dos seguintes canais: E-mail: reservas@redeandradesaofrancisco.com.br Central de reservas: (48) 3380.8800 Whatsapp: (41) 99653-0062 Garantia e Política de Cancelamento: Reserva garantida mediante pagamento integral. Caso não haja informação de check-in tardio, após às 22h, a reserva será considerada como não comparecimento. Reservas consideradas no-show (não comparecimento), serão cobradas de forma integral. O prazo de cancelamento sem ônus é de 48 horas que antecede o check-in. Após este prazo será cobrada o valor da primeira diária em caso de cancelamento. Reservas com períodos abrangendo datas comemorativas, tais como Carnaval, Réveillon e Feriados, têm política não reembolsável. É necessário apresentar o voucher no check-in, caso o titular da reserva não seja o hóspede a realizar o check-in.

&amp;nbsp; &amp;nbsp; &amp;nbsp;

&amp;nbsp; &amp;nbsp; &amp;nbsp; &amp;nbsp; &amp;nbsp;

&amp;nbsp; &amp;nbsp; &amp;nbsp;

&nbsp; &nbsp; **Atenciosamente,** &nbsp; &nbsp; &nbsp;

&amp;nbsp; &amp;nbsp; &amp;nbsp; &amp;nbsp; &amp;nbsp;

&amp;nbsp; &amp;nbsp; &amp;nbsp;

**Memo. Circular nº 94/2025 – DVSAF/COAS/DAV/SESA** Curitiba, data da assinatura digital.

De: DAV/COAS

Para: Diretores(as) das 22 Regionais de Saúde.

C/C: SCAPS e DVAGS.

**Assunto:** Seminário da APS nos Territórios: Equidade, Vínculo e Qualidade no Cuidado.

A Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS) em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e Conselhos Municipais de Saúde do Paraná (COSE MS/PR) tem destinado esforços para apoiar os gestores estaduais e municipais no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e, por este motivo, realizará o *Seminário da APS nos Territórios: Equidade, Vínculo e Qualidade no Cuidado*.

O Seminário tem como objetivo apoiar os estados e municípios de modo a qualificar os territórios para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

O evento ocorrerá nos dias 19 e 20 de agosto, das 08h às 18h, em local a ser informado posteriormente, na cidade de Curitiba/PR, programação preliminar em anexo.

Foram destinadas 2 (duas) vagas por município e 2 (duas) vagas para cada Regional de Saúde, desta forma solicitamos que cada RS organize as inscrições dos seus respectivos municípios e envie à DVSAF os seguintes dados dos participantes: Município, nome, RG, CPF, e-mail e telefone de contato.

*Assinatura eletrônica*

**Aline Jarschel de Oliveira Graziani**

Coordenadora de Atenção à Saúde

*Assinatura eletrônica*

**Maria Goretti David Lopes**

Diretora de Atenção e Vigilância em Saúde

RAS/DVSAF/COAS/DAV

DIRETORIA DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE – DAV  
Rua Piquiri, 170 – Rebouças – 80.230-140 – Curitiba – Paraná – Brasil – Fone: (41) 3330-4300 – E-mail: [dav.sesa@sesa.pr.gov.br](mailto:dav.sesa@sesa.pr.gov.br)  
[www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br)

<b>SEMINÁRIO DA APS NOS TERRITÓRIOS: EQUIDADE, VÍNCULO E QUALIDADE NO CUIDADO</b>	
<b>DATA</b>	<b>PROGRAMAÇÃO*</b>
<b>19/08/2025</b>	<p>8h – Credenciamento.</p> <p>9h – Mesa de Abertura.</p> <p>10h – Fortalecendo a Gestão Municipal: Estratégias da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná com Saúde Digital e Planificação da Atenção à Saúde;</p> <p>11h – Atenção Primária: cenário, desafios e expectativas.</p>
	12h as 13h30 – Intervalo almoço
	13h30 – Gestão do Cuidado: Siaps e e_SUS digital
	17h – Encerramento
<b>20/08/2025</b>	<p>Salas:</p> <p>08h30 as 12h – Boas Práticas na Saúde da Família</p> <p>08h30 as 12h Boas Práticas em Saúde Bucal</p>
	12h00 as 13h30 – Intervalo almoço
	<p>Salas:</p> <p>13h30 as 17h00 – Boas Práticas na Saúde da Família</p> <p>08h30 as 12h00 Boas Práticas em Saúde Bucal</p>
<b>Atendimento a gestores durante o evento.</b>	

\*Programação sujeita a alterações.

**DOC ou TED Eletrônico****Debitado**

Agência 2523-2  
Conta corrente 5224-8 PREF MUN CONTA MOVIMENTO

**Creditado**

Banco 104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
Agência (sem DV) 400 PONTA GROSSA  
Conta corrente (com DV) 495649  
CPF 072.324.009-42  
Nome favorecido THAIS MENDES MARTINS DIDEK  
Finalidade CREDITO EM CONTA  
Número documento 81.901  
Valor 500,00  
Destinação 0  
Data transferência 19/08/2025  
"C" - CNPJ diferente  
Autenticação SISBB 0D314A4430DD6DEC

Assinada por JE675264 JOCELIA TEREZINHA FAUSTIN SZEREMETA  
JE675265 LUCAS MACHADO RIBEIRO

19/08/2025 15:35:32

19/08/2025 15:38:22

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE675265 LUCAS MACHADO RIBEIRO.