



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
	20/11/2025	10419	9415/2025	6891/2025	

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 **JOSE CARLOS SILVA GOIS** Matrícula 22154-6 CPF/CNPJ 669.644.159-04
Endereço rua amando sedelak, 1071 Bairro FERREIRA
Cidade/UF Reserva/PR CEP 84320-000 Fone 4299612270 Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 341 3854 14435-3

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\$ 2.500,00**

Outras informações
Retenções
Total de retenções R\$ 0,00
Valor líquido **R\$ 2.500,00**

Servidor que autorizou o pagamento
922081 - LUCAS MACHADO RIBEIRO
Recursos _____ **Documento** _____ **Data** _____ **Valor** _____
00000 - Recursos Ordinários (Livres) Conta bancária 52248 - BANCO DO BRASIL 20/11/2025 R\$ 2.500,00

Recibo
Recebi do Município de Reserva, a importância de Dois Mil e Quinhentos Reais, referente ao pagamento do empenho número 6891/2025.

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 **9415/2025** Emitido em **07/11/2025** Requisição Nº _____ Empenho Nº **6891/2025**

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 **JOSE CARLOS SILVA GOIS** Matrícula **22154-6** CPF/CNPJ **669.644.159-04**
Endereço **rua amando sedelak, 1071** Bairro **FERREIRA**
Cidade/UF **Reserva/PR** CEP **84320-000** Fone **4299612270** Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Conta Corrente 341 3854 14435-3

Classificação da despesa _____
06 SECRETARIA DE SAÚDE Saldo do empenho **R\$ 2.500,00**
06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE Valor liquidado **R\$ 2.500,00**
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\$ 2.500,00**

Servidor que autorizou a liquidação _____
922326 - THAIS MENDES MARTINS DIDEK
Vencimento da liquidação _____
07/12/2025
Histórico _____

Documentos fiscais _____
Tipo Número Série Emissão Valor Tipo Número Série Emissão Valor
Processo de Adiantamento 112025 1 07/11/2025 2.500,00



Município de Reserva - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número	Tipo	Emitido em	Requisição Nº	Req. Compra Nº
6891/2025	Ordinário	07/11/2025		

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		Matrícula	CPF/CNPJ			
Fornecedor		22154-6	669.644.159-04			
Endereço		Bairro				
rua amando sedelak, 1071		FERREIRA				
Cidade/UF	CEP	Fone	Tipo de conta bancária	Banco	Agência	Conta
Reserva/PR	84320-000	4299612270	Conta Corrente	341	3854	14435-3

Classificação da despesa		Saldo anterior
06 SECRETARIA DE SAÚDE		R\$ 45.229,85
06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE		
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\$ 2.500,00
3120 00000 Recursos Ordinários (Livres)		Saldo atual
Do Exercício		R\$ 42.729,85

Outras Informações

Histórico

VALOR QUE SE EMPENHA REFERENTE A DESPESAS COM ADIANTAMENTO DE RECURSOS FINANCEIROS PARA CUSTEAR AS DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO E HOSPEDAGEM NA VIAGEM PARA FOZ DO IGUAÇU NOS DIAS 11 A 14/11/2025 DO DPTO DE SAÚDE.

LUCAS MACHADO RIBEIRO
Prefeito Municipal

REQUERIMENTO PARA ADIANTAMENTO DE DESPESAS DE VIAGEM

Requerente: JOSÉ CARLOS SILVA GÓIS	
Matrícula: 21696	
Lotação: Secretaria de Saúde	
Destino: FOZ DO IGUAÇU...	
Data da partida:	Data do retorno:
Finalidade: Diária de Alimentação	
Justificativa: Utilizar em alimentação, abastecimento, pedágio e hospedagem de hotel, em viagem para Foz do Iguaçu, onde o mesmo irá levar equipe, que irão participar do Congresso de Secretarias Municipais do COSEMES – PR , a pedido da Secretária Thais Mendes Martins Didek.	
Valor estimado: R\$ 2.500,00	

SERVIDORES E AUTORIDADES QUE ACOMPANHARÃO

NOME	MATRÍCULA	LOTAÇÃO

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

José Carlos Silva Góis
 Assinatura Do Requerente
 acompanhante (s)

Thais M. M. Didek
 Assinatura da Autoridade que autoriza

Assinatura
 sob carimbo

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__. <i>Thais M. M. Didek</i> Secretária de Saúde Portaria 4908/2025 Assinatura do Secretário Municipal de _____ 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

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE RESERVA
Setor de Contabilidade
 Data 10/11/25
 ASS *[Assinatura]*

Telefone: (42) 9 9925-1091 | E-mail: sauderreservapr2@gmail.com

Rua Cel. Benjamin Branco, nº 762 - Bairro Ferreira - Reserva - PR | CEP: 84320-000

120
DYN
2000
1985

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

REQUERIMENTO PARA ADIANTAMENTO DE DESPESAS DE VIAGEM

Requerente: JOSÉ CARLOS SILVA GÓIS	
Matrícula: 21696	
Lotação: Secretaria de Saúde	
Destino: FOZ DO IGUAÇU...	
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\$ 2.500,00	

SERVIDORES E AUTORIDADES QUE ACOMPANHARÃO		
NOME	MATRÍCULA	LOTAÇÃO

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

José Carlos Silva Góis
Assinatura Do Requerente acompanhante (s)

Assinatura da Autoridade que autoriza sob carimbo

Assinatura

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 ____ 20__.	

Assinatura do Secretário Municipal de _____ 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 ____ 20__.

Assinatura do Departamento de Contabilidade, sob carimbo

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE RESERVA
Setor de Contabilidade

Data 06/11/25
ASS *[Signature]*

Ofício n.º 3715/2025 -SMS

De: Gabinete do Secretário de Saúde
Solicitante: Thaís Mendes Martins Didek

Reserva, 05 de novembro de 2025.

Prezada(o)

Venho por meio deste solicitar adiantamento em nome do Motorista **JOSÉ CARLOS SILVA GOIS (Matricula 21696)** no valor, **R\$ 2.500,00** para despesas com viagem para Foz do Iguaçu, que será nos dias 11/11/2025 com retorno no dia 14/11/2025, para levar servidores no Congresso das Secretarias Municipais do COSEMS-PR.


Sendo o valor de **R\$ 2.500,00** a ser adiantado no cartão cooperativo 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.


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

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE
PREFEITURA MUNICIPAL
RESERVA - PR

PREFEITURA MUNICIPAL DE RESERVA
Setor de Contabilidade
Data 06/11/25
ASS 

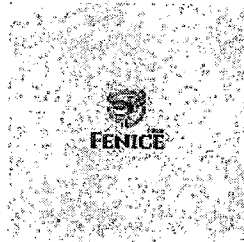


Reserva Hotel Fenice



De <fenice.reservas@gmail.com>
Para <saude@reserva.pr.gov.br>
Data 05/11/2025 14:43

HOTEL FENICE



Olá José Carlos Silva Goes,

Sua reserva foi realizada com sucesso!

Você fez uma reserva

Particular no dia **05/11/2025 às 14:43** (localizador: **2784LW10876** e localizador OTA: **PARTICULAR-renam**) Tenha uma excelente estada. Obrigado!

SUITE CASAL (SC)	R\$ 645,00
3 diárias, iniciando terça-feira, 11 de Novembro de 2025 até sexta-feira, 14 de Novembro de 2025	
Produtos e serviços adicionais	R\$ 0,00
Adiantamentos confirmados	R\$ 0,00
<hr/>	
Total de diárias	R\$ 645,00
Total de produtos e serviços adicionais	R\$ 0,00
Total da reserva	R\$ 645,00
Total de adiantamentos confirmados	R\$ 0,00

Sua reserva foi processada por **Renam Godeis da Silva** sob o número interno **10876** com o faturamento **Particular**.

Tarifas**SUITE CASAL (SC)**

11/11/25 ter a 14/11/25 sex (3 Diárias)

R\$ 215,00**Hóspedes****SUITE CASAL (SC)**

1 Hóspedes - Adulto (Pagante)

Pensão**SUITE CASAL (SC)**

Café da manhã

Informações importantes

Olá, Sua reserva foi confirmada!

Segue a ficha de confirmação da reserva.

Qualquer demais dúvidas, estamos a disposição

Hotel Fenice | Responsável Setor de Reservas.

Endereço

HOTEL FENICE - 81.404.691/0001-90

Rua EspanhaVila Portes, 368

Portes

85.865-110

Contato

(45) 99973-1899 WhatsApp

fenice.reservas@gmail.com

<https://fenicehotel.com.br/>

10/11/2025 - BANCO DO BRASIL - 16:16:47
252302523 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: PREF MUN CONTA MOVIMENTO
AGENCIA: 2523-2 CONTA: 5.224-8

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	10/11/2025
NR. DOCUMENTO	552.523.001.000.000
VALOR TOTAL	2.500,00

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: PM RESERVA CARTAO PAGTO
AGENCIA: 2523-2 CONTA: 1.000.000-3
NR. DOCUMENTO 552.523.000.005.224
=====

NR. AUTENTICACAO	3.20B.D1F.E36.7DC.2F0
------------------	-----------------------

Transação efetuada com sucesso por: J7108311 ELAINE ONISCO TRIZOTTE.

JOSÉ CARLOS SILVA GOIS