



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 Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
	20/11/2025	10790	9783/2025	7090/2025	

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 **DEJALMA BATISTA DE OLIVEIRA** Matrícula 41523-5 CPF/CNPJ 050.637.199-96
 Endereço RUA PRINCIPAL, S/N - CASA Bairro CAMPINAS BELAS
 Cidade/UF Reserva/PR CEP 84320-000 Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
 Conta Corrente 341 3854 26100-9

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\$ 1.000,00

Outras informações _____

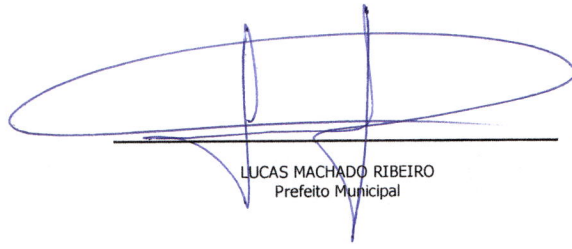
Retenções _____
Total de retenções R\$ 0,00
Valor líquido R\$ 1.000,00

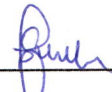
Servidor que autorizou o pagamento _____
 922081 - LUCAS MACHADO RIBEIRO
Recursos _____ **Documento** _____ **Data** _____ **Valor** _____
 00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 80799 - BANCO DO BRASIL 20/11/2025 R\$ 1.000,00

Recibo _____
 Recebi do Município de Reserva, a importância de Um Mil Reais, referente ao pagamento do empenho número 7090/2025.

Assinatura: _____

Reserva, ____/____/____


 LUCAS MACHADO RIBEIRO
 Prefeito Municipal


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



Município de Reserva - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **9783/2025** Emitido em **19/11/2025** Requisição Nº _____ Empenho Nº **7090/2025**

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 **DEJALMA BATISTA DE OLIVEIRA** Matrícula **41523-5** CPF/CNPJ **050.637.199-96**

Endereço **RUA PRINCIPAL, S/N - CASA** Bairro **CAMPINAS BÉLAS**

Cidade/UF **Reserva/PR** CEP **84320-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **341** Agência **3854** Conta **26100-9**

Classificação da despesa _____
06 SECRETARIA DE SAÚDE Saldo do empenho **R\$ 1.000,00**
06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE Valor liquidado **R\$ 1.000,00**
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 Saldo à Liquidar **R\$ 0,00**
3130 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 1.000,00**

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

Vencimento da liquidação _____
19/12/2025

Histórico _____

Documentos fiscais									
Tipo	Número	Série	Emissão	Valor	Tipo	Número	Série	Emissão	Valor
Processo de Adiantamento	112025	1	19/11/2025	1.000,00					



Município de Reserva - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número **7090/2025** Tipo **Ordinário** Emitido em **19/11/2025** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

Licitação _____
Tipo _____ Número _____
Sem licitação

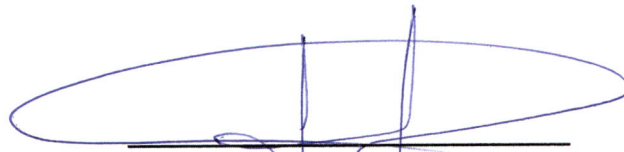
Contrato/Aditivo _____
Sequência Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor _____
Fornecedor **DEJALMA BATISTA DE OLIVEIRA** Matrícula **41523-5** CPF/CNPJ **050.637.199-96**
Endereço **RUA PRINCIPAL, S/N - CASA** Bairro **CAMPINAS BELAS**
Cidade/UF **Reserva/PR** CEP **84320-000** Fone _____ Tipo de conta bancária **Conta Corrente** Banco **341** Agência **3854** Conta **26100-9**

Classificação da despesa _____
06 SECRETARIA DE SAÚDE Saldo anterior
06.001 DEPARTAMENTO DE SAÚDE R\$ 33.416,20
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\$ 1.000,00
3130 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo atual
Do Exercício R\$ 32.416,20

Outras informações _____

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



LUCAS MACHADO RIBEIRO
Prefeito Municipal

REQUERIMENTO PARA ADIANTAMENTO DE DESPESAS DE VIAGEM

Requerente: DEJALMA BATISTA DE OLIVEIRA	
Matrícula: 922939	
Lotação: Secretaria de Saúde	
Destino: CURITIBA, ARAPOTI, CAMPO L	
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\$1.000,00	

SERVIDORES E AUTORIDADES QUE ACOMPANHARÃO

NOME	MATRÍCULA	LOTAÇÃO

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

Dejalma Batista de Oliveira
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 type="checkbox"/> Requerimento deferido	<input type="checkbox"/> Requerimento indeferido
------------------------------------------------	--------------------------------------------------

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

Assinatura do Secretário Municipal de _____ Saúde, sob carimbo.

Thais M. St. Didek
Secretaria de Saúde
Portaria nº 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. Faustin Szeremeta
Secretária de Adm e Finanças
Portaria nº 4904/2025

PREFEITURA MUNICIPAL DE RESERVA
Setor de Contabilidade
Data 12/11/25
ASS *[Assinatura]*

G335021546410362011
02/12/2025 15:51:13**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 6.500,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JE675264 JOCELIA TEREZINHA FAUSTIN SZEREMETA	02/12/2025 15:49:38
	JE675265 LUCAS MACHADO RIBEIRO	02/12/2025 15:51:13

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE675265 LUCAS MACHADO RIBEIRO.

* DAIRAN L. PEREIRA

* DEJALMA B. DE OLIVEIRA

* CLAUDINEI DA L. DA SILVA

* GEOUANE M. DE JESUS