



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

CNPJ: 76279975000162 IE:
Endereço: Av. das Flores, 118 CEP: 87640000 Cidade: Uniflor
Fone: Fax:

NOTA DE EMPENHO

Número **924/2024** Tipo **Ordinário** Emitido em **20/03/2024** 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

PAULO SERGIO DE OLIVEIRA Matrícula **2687-5** CPF/CNPJ **606.433.319-72**
Endereço **AVENIDA DAS FLORES - CASA, S/N** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa		Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE		R\$ 36.475,29
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde		
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		R\$ 557,89
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		
Do Exercício		R\$ 35.917,40

Outras informações

Histórico

DESPEZA EMPENHADA RFEERENTE A UMA DIARIA DO MOTORISTA DA SAUDE COM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA CURITIBA PARANA

CENILDA GIBIN ROELES FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

23

25



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: PAULO SÉRGIO DE OLIVEIRA

CARGO: MOTORISTA

C/C A SER CREDENCIADA: 9807-8 AGÊNCIA: 0509-6 BANCO: BANCO DO BRASIL

DESTINO

CIDADE: CURITIBA-PR

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE PARA PROCEDIMENTO DE CONSULTAS MÉDICAS, NO HOSPITAL ANGELINA CARON DA CIDADE DE CURITIBA-PR. SENDO A PACIENTE:

OS SANTOS

SAIDA : 26/03/2024 – 16h00min RETORNO A SEDE: 27/03/2024- 21h00min

QUILOMETRAGEM: 520 km

NÚMERO DE DIARIAS : 1 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTE: VEICULO DA SECRETARIA- DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DA DIARIA: R\$ 557,88

VALOR TOTAL: R\$ 557,88

DECLARO QUE O SERVIDOR A SER PRESTADO E/OU PARTICIPAÇÃO NO EVENTO PELO SERVIDOR É DE INTERESSE DESTE ÓRGÃO E SEU AFASTAMENTO NÃO ACARRETÁRA PREJUÍZOS ADMINISTRATIVOS.

EM

SOLICITANTE

DIRETOR DO DEPARTAMENTO

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO DA FOLHA

Caso não efetue a prestação de contas – relatório de viagem no prazo determinado em conformidade com a legislação pertinente, autorizo o desconto da folha de pagamento.

Assinatura do Solicitante

DEFERIDO EM:

José Bassi Neto
Prefeito Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CNPJ 08.600.424/0001-07

RELATÓRIO DE VIAGEM DO MOTORISTA (A)

Uniflor, 26 de 03 de 2024.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário Paulo Sérgio de Oliveira motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte do de paciente ao Hospital Angeleza Caron na Cidade de Curitiba-PR.

Sai de Uniflor no dia 26/03/24 às 16:00.

Chegando ao destino as —:— horas.

Deixei o paciente e me dirigi ao hotel as —:— horas.

Fui Comunicado as —:— horas que o (a) paciente teve alta, fazendo check out no hotel.

Cheguei novamente ao hospital as —:— horas, peguei o (a) paciente e retornei para Uniflor.

Dados da Viagem:

Dia e horário de Saída de Uniflor: 26/03/24 16:00 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 27/03/24 20:30 horas.

Km Inicial: 113053 Tanque combustível início: 1/2

Km Final: 114104 Tanque combustível final: cheio

VEÍCULO: HB 20


PLACA: RHU 9D16

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO DA FOLHA

Caso não efetue a prestação de contas – relatório de viagem no prazo determinado em conformidade com a legislação pertinente, autorizo o desconto da folha de pagamento. De acordo com a Lei 1059/2014 parágrafo 2º da Lei da diária, declaro estar ciente do exposto a cima



FUNCIONÁRIO (A)



Cenilda Gibin Roeles Ferri
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE

**MUNICIPIO DE CAMPINA GRANDE DO SUL****SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FINANÇAS E PLANEJAMENTO**

BENTO MUNHOZ DA ROCHA, 30 - 83430000 - CENTRO - CAMPINA GRANDE DO SUL - PR

Núm. do RPS: Série do RPS: Tipo do RPS: Emissão RPS:

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

Número:

6189

Emissão:

27/03/2024

Autenticidade:

875049652

**SITE AUTENTICIDADE:** <https://campinagrandedosul.oxy.elotech.com.br/lss/autenticar-documento-fiscal>**DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO**

Insc. Municipal: 00032905 CNPJ/CPF: 81.752.016/0001-52 Regime Fiscal: SIMPLES NACIONAL
 Nome/Razão Social: MARCO AURELIO DOS SANTOS LTDA
 Nome Fantasia: MARCO IMÓVEIS
 Endereço: RODOVIA DO CAQUI, 890 - RECANTO VERDE
 Município/UF: CAMPINA GRANDE DO SUL - PR-PR CEP: 83.430-000
 Fone/Fax: (41) 3679-2627 E-Mail: angela@szcontabilidade.com

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Insc. Municipal: CNPJ/CPF: 76.279.975/0001-62 Insc. Estadual:
 Nome/Razão Social: PREFEITURA DE MUNICIPAL DE UNIFLOR
 Endereço: AVENIDA DAS FLORES, 118 - CENTRO
 Município/UF: Uniflor-PR CEP: 87.640-000
 Fone/Fax: E-Mail: ps_oliveira@hotmail.com

DEFINIÇÃO DO SERVIÇO

Item da Lista de Serviços da LC nº 118/03: CNAE: 5510801
 901 HOSPEDAGEM DE QUALQUER NATUREZA EM HOTEIS, APART HOTEIS, HOTEIS RESIDENCIA, RESIDENCE SERVICE CONDOMINIAIS, FLAT , APART SERVICE , SUITE SERVICE , HOTELARIA MARITIMA, MOTEIS, PENSOES E CONGENERES: OCUPACAO POR TEMPORADA COM FORNECIMENTO DE SERVIÇO (O VALO)
 Competência: 3/2024 Local da Prestação do Serviço: CAMPINA GRANDE DO SUL - PR-PR Situação da NFS-e: EMITIDA Natureza da Operação: TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇO DE HOSPEDAGEM DO MOTORISTA PAULO SERGIO DE OLIVEIRA.

ITENS DO SERVIÇO

Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	PERIODO DE 26/03/2024 A 27/03/2024	1,00	90,00	0,00	90,00

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,89666	2,61000	Não
PIS	0,00000	0,00000	Não
COFINS	0,00000	0,00000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,00000	0,00000	Não
CSLL	0,00000	0,00000	Não
CPP	0,00000	0,00000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL

Base de Cálculo do ISSQN:	Valor Total Descontos:	Valor Total das Deduções:	Valor Líquido da NFS-e:	Valor Total da NFS-e:
90,00	0,00	0,00	90,00	90,00

NFS-E Nº
6189

Recebemos de MARCO AURELIO DOS SANTOS LTDA, os serviços constantes neste documento fiscal eletrônico.

DATA: / /

Assinatura: PAULO



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

Av. Das Flores, 118 - UNIFLOR - PR - CEP 87640-000 - TEL. (44) 3270-1150

SECRETARIA DE CONTROLE

SAÚDE

DEPARTAMENTO

DIÁRIO DE BORDO

Veículo	Placas	HORARIO 24 Horas	Km Inicial	Km Final	HORARIO 24 Horas	Mês Referência	Secretaria Responsável	Inscrição de Matrícula	MOTORISTA RESPONSÁVEL nome legível
						Placa	Secretaria Responsável		
AB 20	RHV	9D16				maio	SAÚDE		2024
19	1543	11.0222	110222	1543	1543	maio	SAÚDE		2024
19	1600	110222	170269	1840	1840	maio	SAÚDE		2024
19	1900	110.270	110.383	2140	2140	maio	SAÚDE		2024
20	500	110383	110760	1650	1650	maio	SAÚDE		2024
21	500	110460	110901	0710	0710	maio	SAÚDE		2024
21	700	110901	111028	1823	1823	maio	SAÚDE		2024
22	500	111028	111267	0830	0830	maio	SAÚDE		2024
22	1300	111267	111405	1630	1630	maio	SAÚDE		2024
22	1800	111405	111529	2130	2130	maio	SAÚDE		2024
23	500	111529	111644	0700	0700	maio	SAÚDE		2024
23	1800	111730	111811	2100	2100	maio	SAÚDE		2024
24	500	111811	111989	0830	0830	maio	SAÚDE		2024
25	030	111989	112583	1520	1520	maio	SAÚDE		2024
25	1300	112583	112695	1930	1930	maio	SAÚDE		2024
26	0400	112695	113053	1500	1500	maio	SAÚDE		2024
26	1600	113053	114104	2030	2030	maio	SAÚDE		2024
27	500	114104	114190	0600	0600	maio	SAÚDE		2024

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome PM UNIFLOR -FUS
Agência 509-6
Conta corrente 9878-7

Creditado

Nome PAULO SERGIO DE OLIVEIRA
Agência 509-6
Conta corrente 9807-8
Valor 557,89
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN	25/03/2024 10:48:26
	JE734063 JOSE BASSI NETO	25/03/2024 10:51:25

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE734063 JOSE BASSI NETO.



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

CNPJ: 76279975000162 IE:
Endereço: Av. das Flores, 118 CEP: 87640000 Cidade: Uniflor
Fone: Fax:

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **1033/2024** Emitido em **25/03/2024** Requisição Nº _____ Empenho Nº **924/2024**

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 **PAULO SERGIO DE OLIVEIRA** Matrícula **2687-5** CPF/CNPJ **606.433.319-72**
Endereço **AVENIDA DAS FLORES - CASA, S/N** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa _____
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE **Saldo do empenho R\$ 557,89**
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE **Valor liquidado R\$ 557,89**
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde **Saldo a Liquidar R\$ 0,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções R\$ 0,00
Valor líquido R\$ 557,89

Servidor que autorizou a liquidação _____
30169 - CENILDA GIBIN ROELES FERRI

Vencimento da liquidação _____
24/04/2024

Histórico _____



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

CNPJ: 76279975000162 IE:
 Endereço: Av. das Flores, 118 CEP: 87640000 Cidade: Uniflor
 Fone: Fax:

NOTA DE PAGAMENTO

Número	Data	Previsão Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
1223	28/03/2024	1223	1033/2024	924/2024	

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 **PAULO SERGIO DE OLIVEIRA** Matrícula **2687-5** CPF/CNPJ **606.433.319-72**
 Endereço **AVENIDA DAS FLORES - CASA, S/N** Bairro **CENTRO**
 Cidade/UF _____ CEP **87640-000** Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa _____
 1650 08 DEPARTAMENTO DE SAUDE
 08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
 10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 557,89**

Outras informações _____

Retenções _____
Total das retenções
R\$ 0,00
Valor líquido
R\$ 557,89

Servidor que autorizou o pagamento _____
 30169 - CENILDA GIBIN ROELES FERRI Documento _____ Data _____ Valor
 Recursos _____
 00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 112 - BB - CC: 9878 -7 - SAUDE 03 25/03/2024 R\$ 557,89

Recibo _____
 Recebi do Prefeitura Municipal de Uniflor, a importância de Quinhentos e Cinquenta e Sete Reais e Oitenta e Nove Centavos, referente ao pagamento do empenho número 924/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____