

13105



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número 1804/2024	Tipo Ordinário	Entido em 13/05/2024	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\$ 565.124,57
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde		Valor empenhado
3.3.90.30.01.01 ETANOL		R\$ 135,02
1655 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		Saldo atual
Do Exercício		R\$ 564.989,55

Outras Informações

Histórico
DESPESA EMPENHADA REFERENTE A RESSARCIMENTO DE COMBUSTIVEL GASTO COM VIAGEM PARA UMUARAMA COM TRANSPORTE DE PACIENTE

CENILDA GIBIN ROELES FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2



Uniflor, 13 de MAIO de 2024.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Excelência, o relatório de viagem do funcionário **PAULO SERGIO DE OLIVEIRA**, motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte da paciente, para **INTERNAMENTO PARA PROCEDIMENTO DE CIRÚRGIA** no **HOSPITAL CEMIL** na Cidade de **UMUARAMA-PARANÁ**.

Informações das despesas:

Item	Descrição	Valor
1	Despesa com Abastecimento de Combustível	135,02
	Total	135,02

Dados da Viagem:

Dia e horário de Saída de Uniflor: 09/05/2024 – 04h00min

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 09/05/2024 – 13h00min

Quilometragem: 188km + 188km = 376 Km * ida e volta

Segue dados bancários para o pagamento:

Nome: Paulo Sergio de Oliveira .

CPF: 606.433.319-72

Banco: Banco do Brasil

Agência: 0509-6

Conta Corrente: 9807-8

Certos de contar com vossa colaboração, desde já nossos agradecimentos.
Atenciosamente.

PAULO SERGIO DE OLIVEIRA

MOTORISTA

PAULO JUNIOR DOS SANTOS

Diretor do Departamento de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CNPJ 08.600.424/0001-07

RELATÓRIO DE VIAGEM DO FUNCIONÁRIO (A)

Uniflor, 13 de 05 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 do Bemil na Cidade de Imuarama - PR

Sai de Uniflor no dia 09/05/24 às 04:00.

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: 09/05/24 04:00 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 09/05/24 13:00 horas.

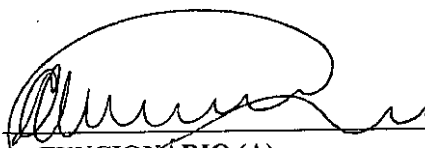
Km Inicial: 1545,20 Tanque combustível início: pleno

Km Final: 1647,15. Tanque combustível final: 3/4

VEÍCULO: SIENA PLACA: BCJ-8683

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)



Paulo Júnior dos Santos
DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **1944/2024** Emitido em **13/05/2024** Requisição Nº _____ Empenho Nº **1804/2024**

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**
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE **R\$ 135,02**
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde **Valor liquidado**
3.3.90.30.01.01 ETANOL **R\$ 135,02**
1655 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) **Saldo a Liquidar**
R\$ 0,00

Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções
R\$ 0,00
Valor líquido
R\$ 135,02

Servidor que autorizou a liquidação _____
30320 - PAULO JUNIOR DOS SANTOS

Vencimento da liquidação _____
12/06/2024

Histórico _____



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 135,02
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN 22/05/2024 10:56:37
JE734063 JOSE BASSI NETO 22/05/2024 11:27:35

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE734063 JOSE BASSI NETO.



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

CNPJ: 75279975000162 IE:
Endereço: Av. das Flores, 118 CEP: 87640000 Cidade: Uniflor
Fone: Fax:

NOTA DE PAGAMENTO

Número	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
2325	22/05/2024	2325	1944/2024	1804/2024	

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 _____
 1655 08 DEPARTAMENTO DE SAUDE
 08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
 10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde
 3.3.90.30.01.01 ETANOL Valor **R\$ 135,02**

Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 135,02**

Servidor que autorizou o pagamento _____
30320 - PAULO JUNIOR DOS SANTOS

Recursos	Documento	Data	Valor	
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Conta bancária 112 - BB - CC: 9878 -7 - SAUDE	05	22/05/2024	R\$ 135,02

Recibo _____
 Recebi do Prefeitura Municipal de Uniflor, a importância de Cento e Trinta e Cinco Reais e Dois Centavos, referente ao pagamento do empenho número 1804/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____