



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número	Tipo	Emitido em	Requisição Nº	Req. Compra Nº
2226/2024	Ordinário	12/06/2024		

Licitação	Número
Sem licitação	

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

Credor	Matrícula	CPF/CNPJ
Fornecedor	2640-9	677.688.579-68
JOSE APARECIDO BOCARITE		
Endereço	Bairro	
RUA PROJETADA, 000000 - CASA		
Cidade/UF	CEP	Fone
Uniflor/PR	87640-000	
	Tipo de conta bancária	Banco Agência Conta

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	RS 524.834,92
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	RS 150,00
1655 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
Do Exercício	RS 524.684,92

Outras informações

Histórico
VALOR REFERENTE A DESPESAS COM COMBUSTIVEL EM VIAGEM A CIDA DE DE CURTIBA PARA TRANSPORTE DE PACIENTE NA UNDA DE DA POLICIA CIENTIFICA DO TARUMÁ.

CENILDA GIBIN ROELES FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2



Uniflor, 10 de Junho de 2024.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório/ressarcimento de viagem do funcionário **JOSÉ APARECIDO BOCARITE**, motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte de paciente, na **UNIDADE DA POLÍCIA CIENTÍFICA DO TARUMÃ (IML)** na Cidade de **CURITIBA-PARANÁ**.

Informações das despesas:

Item	Descrição	Valor
	Despesa combustível	150,00
	Total	150,00

Dados da Viagem:

Dia e horário de Saída de Uniflor: 06/06/2024 – 16h30min
Dia e horário de Retorno a Uniflor: 07/06/2024 – 19h00minh
Quilometragem: 372 km.

Segue dados bancários para o pagamento:

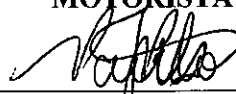
Nome: José Aparecido Bocarite
CPF: 677.688.579-68
Banco: Banco do Brasil
Agência: 0509-6
Conta Corrente: 6379-7

PREFEITURA M. DE UNIFLOR
DEPTO. ADMINISTRATIVO
PROTOCOLO Nº 5569
DATA 10/06/2024
FUNICIONARIO 16:33

Segue anexa nota fiscal do Hotel e do combustível.

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


José Aparecido Bocarite
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 MOTORISTA

Uniflor, 10 de JUNHO de 2024.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário **JOSÉ APARECIDO BOCARITE**, motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte de paciente, na **UNIDADE DA POLÍCIA CIENTIFICA DO TARUMÃ (IML)** na Cidade de **CURITIBA-PARANÁ**:

Saí de Uniflor no dia **06/06/2024** às **16:30**.

Chegando ao destino Às **00:30** horas.

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

Fui Comunicado as **10:45** horas que o (a) paciente teve alta, fazendo check out no hotel.

Cheguei novamente ao hospital as **11:30** horas, peguei o (a) paciente e retornei para Uniflor.

Dados da Viagem:

Dia e horário de Saída de Uniflor: **06/06/2024** **16:00** horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: **07/06/2024** **19:00** horas.

Km Inicial: **116.643** Tanque combustível início: **CHEIO**

Km Final: **117.662** Tanque combustível final: **CHEIO**


VEÍCULO: HB 20

PLACA: RHU-9D15

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


MOTORISTA


Paulo Junior dos Santos
DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE

RECEBEMOS DE SIM REDE DE POSTOS LTDA - CAMPO LARGO, OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e N.º: 000002872 SÉRIE: 077
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

SIM
Rede de Postos

SIM REDE DE POSTOS LTDA - CAMPO LARGO
 RODOVIA BR 277, S/N, KM 123
 JARDIM BELA VISTA/CAMPO LARGO PR
 Telefone/Fax: (54)3292-9999
 CEP: 83605420

DANFE
Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica



SAÍDA
N.º: 000002872
SÉRIE: 077
Page 1 of 1

CHAVE DE ACESSO DA NF-e POR CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR
4124 0607 4737 3501 9796 5507 7000 0028 7214 9569 0324
 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO
LANC DOCUMENTO REGISTRADO ECF / NFCE

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 9097838795 | INS. ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO: | CNPJ: 07.473.735/0197-96 | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 141240168205743 07/06/2024 14:37:24

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOMERAZÃO SOCIAL: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE UNIFLOR | CNPJ/CPF: 08600424000107 | DATA DA EMISSÃO: 07/06/2024

ENDEREÇO: RUA ROSA,363 | BAIRRO/DISTRITO: CENTRO | CEP: 87640000 | DATA DA ENTRADA: | DATA DA SAÍDA: 07/06/2024

MUNICÍPIO: UNIFLOR | FONE/FAX: 0443270115 | UF: PR | INSCRIÇÃO ESTADUAL: |

FATURA/DUPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	150,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				150,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL: | FRETE POR CONTA: 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO | CÓDIGO ANTT: 9 | PLACA DO VEÍCULO: | UF: | CNPJ/CPF: |

ENDEREÇO: | MUNICÍPIO: | UF: | INSCRIÇÃO ESTADUAL: |

QUANTIDADE: | ESPÉCIE: | MARCA: | NUMERAÇÃO: | PESO BRUTO: | PESO LÍQUIDO: |

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UNIDADE	QUANTIDADE	V.UNITÁRIO	V.TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
2387	ETANOL Base ICMS ST Relido 140,83 Valor ICMS ST Relido 40,84	22071090	060	5929	L	36,675	4,090	150,00	0,00	0,00	0,00	0	0

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 90359 | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: 0,00 | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN: 0,00 | VALOR DO ISSQN: 0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 Vendedor: COMERCIAL
 Val. Aprox. Tributos Estadual: 43,50 (29,00%), Federal: 0,75 (0,50%), Municipal: 0,00 (0,00%)
 Fonte: IBPT
 Placa RHU9D15 KM 117.195
 REFERENTE NFC-e: 635546
 Forma Pagto: 150 - TEF - VISA ELECTRON DEBITO



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

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

SECRETARIA DE CONTROLE

DEPARTAMENTO

Veículo	DIÁRIO DE BORDO										Mês Referência	DEPARTAMENTO	
	Placas	HORARIO 24 Horas	Km Inicial	Tanque de combustível início	Destino	Km final	HORARIO 24 Horas	Tanque de combustível final	Houve recebimento	Motorista responsável nome legível			
	HBDO											SAUDE	Junho
	RHV9D15												
03		8:00	115127	MEIO	NOVAESPE	115152	8:30	CHÃO	SIM				MINO
03		11:00	115152	CHÃO	MANINGA	115282	17:00	2/4	NÃO				MINO
04		06:00	115282	2/4	maninga	115434	13:50	3/4	NÃO				Carlinhos
04		14:30	115434	3/4	Quatibó	115937	1:00	3/4	SIM 30Lts				Carlinhos
05		08:00	115937	2/4	Uniflor	116443	18:00	2/4	SIM 19Lts				Carlinhos
06		5:00	116443	1/4	Colado RESP	116558	7:20	CHÃO	SIM				Palmeira
06		14:30	116558	1/1	Colado	116643	13:30	1/1	N				Vando
06		16:30	116643	CHÃO	Contribuid.	117.662	19:00	CHÃO	GIASOLINA				FECJ



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **2446/2024** Emitido em **13/06/2024** Requisição Nº _____ Empenho Nº **2226/2024**

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 **JOSE APARECIDO BOCARITE** Matrícula **2640-9** CPF/CNPJ **677.688.579-68**
 Endereço **RUA PROJETADA, 000000 - CASA** Bairro _____
 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\$ 150,00**
 08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE **Valor liquidado R\$ 150,00**
 10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde **Saldo a Liquidar R\$ 0,00**
 3.3.90.30.01.01 ETANOL
 1655 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções R\$ 0,00
Valor líquido R\$ 150,00

Servidor que autorizou a liquidação _____
30184 - MARILEY NEVES RIBEIRO ZANCHETTI
 Vencimento da liquidação _____
13/07/2024

Histórico _____

Transferência entre contas diversas

Debitado

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

Creditado

Nome JOSE APARECIDO BOCARITE
Agência 509-6
Conta corrente 6379-7
Valor 150,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JE734063 JOSE BASSI NETO	20/06/2024 11:16:48
	JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN	20/06/2024 13:52:51

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN.



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 N°	Liquidação N°	Empenho N°	Faz. resc. N°
2873	20/06/2024	2912	2446/2024	2226/2024	

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 **JOSE APARECIDO BOCARITE** Matrícula **2640-9** CPF/CNPJ **677.688.573-68**
 Endereço **RUA PROJETA DA, 000000 - CASA** Bairro _____
 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\$ 150,00**

Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 150,00**

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 06 20/06/2024 R\$ 150,00

Recibo _____
 Recebi do Prefeitura Municipal de Uniflor, a importância de Cento e Cinquenta Reais, referente ao pagamento do empenho número 2226/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____