

08/02



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

| | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------|-----------------------|
| Número 439/2024 | Tipo Ordinário | Emitido em 08/02/2024 | 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 EDIMAR APARECIDO FERREIRA DE MELO | Matricula 2058-3 | CPF/CNPJ 079.289.119-81 | Bairro |
| Endereço RUA CRAVO | CEP 87640-000 | Fone (44) 32701150 | Tipo de conta bancária Banco Agência Conta |
| Cidade/UF Uniflor/PR | | | |

| | |
|---|------------------------|
| Classificação da despesa | Saldo anterior |
| 08 DEPARTAMENTO DE SAUDE | R\$ 41.373,72 |
| 08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE | Valor empenhado |
| 10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde | R\$ 212,03 |
| 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS | Saldo atual |
| 1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Do Exercício | R\$ 41.161,69 |

Outras informações

Histórico
DESPEZA EMPENHADA REFERENTE A MEIA DIARIA DO MOTORISTA DA SAUDE COM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA SANTA MARIANA

CEVILDA GIBIN RÓLES FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: EDIMAR APARECIDO FERREIRA DE MELO

CARGO: MOTORISTA

C/C A SER CREDENCIADA : 6975-1 AGÊNCIA: 0718 BANCO: SICREDI

DESTINO

CIDADE: PONTA GROSSA- PR

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE PARA PROCEDIMENTO DE AVALIAÇÃO CIRURGICA NO HOSPITAL SANTA ALICE DA CIDADE DE SANTA MARIANA.

SAIDA :05/02/2024 – 05h54min RETORNO A SEDE: 05/02/2024- 18h23min

QUILOMETRAGEM: 207 KM

NÚMERO DE DIARIAS: 1/2 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTE: DUCATO VAN– DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

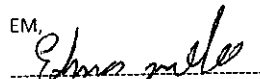
RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DA DIARIA: R\$ 212,03

VALOR TOTAL: R\$ 212,03

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.

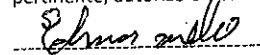
EM,


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

Uniflor, 05 de 02 de 2023.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário Edmar L. Lemeiro Simão motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte de paciente ao Hospital Santa Joice na Cidade de Porto Mariona

Sai de Uniflor no dia 05/02/24 às 05:54.

Chegando ao destino às 10:00 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: 05/02/24 05:54 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 05/02/24 18:23 horas.

Km Inicial: 145757 Tanque combustível início: 30 cheio

Km Final: 146337 Tanque combustível final: —

VEÍCULO: SPRINTER PLACA: BCU-6080

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

Edmar L. Lemeiro Simão
MOTORISTA

Cenilda Cibin Roeles Ferri
DIRETORA 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 **465/2024** Emitido em **09/02/2024** Requisição N° _____ Empenho N° **439/2024**

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 **EDIMAR APARECIDO FERREIRA DE MELO** Matrícula **2058-3** CPF/CNPJ **079.289.119-81**
Endereço **RUA CRAVO** Bairro _____
Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone **(44) 32701150** Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa _____
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE Saldo do empenho **R\$ 212,03**
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE Valor liquidado **R\$ 212,03**
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\$ 212,03**

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

Vencimento da liquidação _____
10/03/2024

Histórico _____

DOC ou TED Eletrônico**Debitado**

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

Creditado

Banco 748 BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
Agência (sem DV) 718 SICREDI MARINGA
Conta corrente (com DV) 69751
CPF 079.289.119-81
Nome favorecido EDIMAR APARECIDO FERREIRA DE MELO
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 20.901
Valor 212,03
Destinação 0
Data transferência 09/02/2024
"C" - CNPJ diferente
Autenticação SISBB 217E12213ED35516

Assinada por JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN
JE734063 JOSE BASSI NETO

09/02/2024 10:54:06

09/02/2024 10:59:41

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 PAGAMENTO

| | | | | | |
|------------|------------|-------------|---------------|------------|---------------|
| Número | Data | Previsão N° | Liquidação N° | Empenho N° | Requisição N° |
| 587 | 09/02/2024 | 610 | 465/2024 | 439/2024 | |

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 **EDIMAR APARECIDO FERREIRA DE MELO** Matrícula **2058-3** CPF/CNPJ **079.289.119-81**
Endereço **RUA CRAVO** Bairro _____

Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone **(44) 32701150** 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

Valor
R\$ 212,03

Outras Informações

Retenções

Total de retenções
R\$ 0,00

Valor líquido
R\$ 212,03

Servidor que autorizou o pagamento

30169 - CENILDA GIBIN ROELES FERRI

Recursos

| | | | | |
|--|---|-----------|------------|------------|
| 00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) | Conta bancária 112 - BB - CC: 9878 -7 - SAUDE | Documento | Data | Valor |
| | | 20901 | 09/02/2024 | R\$ 212,03 |

Recibo

Recebi do Prefeitura Municipal de Uniflor, a importância de Duzentos e Doze Reais e Três Centavos, referente ao pagamento do empenho número 439/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____