



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
922/2024	Ordinário	19/03/2024		

Licitação	Número
Tipo	
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	Matricula	CPF/CNPJ
Fornecedor		
JOSE APARECIDO BOCARITE	2640-9	677.688.579-68
Endereço	Bairro	
RUA PROJETA DA, 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	R\$ 37.312,12
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde	Valor empenhado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	R\$ 278,94
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
Do Exercício	R\$ 37.033,18

Outras informações

Histórico

DESPESA EMPENHADA REFERENTE A MEIA DIARIA DO MOTORISTA DA SAUDE COM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA JACAREZINHO PARANA

CENILDA GIBIN ROLES FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

22

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: JOSE APARECIDO BOCARITE

CARGO: MOTORISTA

C/C A SER CREDENCIADA: 6379-7 AGÊNCIA: 0509-6 BANCO: BANCO DO BRASIL

DESTINO

CIDADE: JACAREZINHO-PR

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE PARA PROCEDIMENTO DE CONSULTAS MÉDICAS E CIRURGIA DE CATARATAS NO HOSPITAL DO OLHO DA CIDADE DE JACAREZINHO-PR.

SAIDA :24/03/2024 – 23h45min RETORNO A SEDE: 25/03/2024- 15h30min

QUILOMETRAGEM: 278km

NÚMERO DE DIARIAS : 1/2 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTE: VEICULO DA SECRETARIA DE SAUDE– DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DA DIARIA: R\$ 278,94

VALOR TOTAL: R\$ 278,94

DECLARO QUE O SERVIDOR A SER PRESTADO E/OU PARTICIPAÇÃO NO EVENTO PELO SERVIDOR É DE INTERESSE DESTA 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:

Jose Bassi Neto
Prefeito Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CNPJ 08.600.424/0001-07

RELATÓRIO DE VIAGEM DO MOTORISTA

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 José Ap. Bocante motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte do de paciente ao Hospital do Olho na Cidade de Jacarezinho-PR

Sai de Uniflor no dia 24/03/24 às 23:45.

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: 24/03/24 23:45 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 23/03/24 15:30 horas.

Km Inicial: 111984 Tanque combustível início: cheio


Km Final: 112573 Tanque combustível final: Renova

VEÍCULO: HB 20

PLACA: RHV-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



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

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

SECRETARIA DE CONTROLE

SAÚDE

DEPARTAMENTO

Hb 20		DIÁRIO DE BORDO										Mês Referência	2024	
Placas	RHU	9D16											Secretaria Responsável	SAÚDE
DIA	HORARIO 24 Horas	Km Inicial	Km Final	Destino	HORARIO 24 Horas	Tanque de combustível	Tanque de combustível	Final	Horário recebimento	Motorista responsável (nome/legível)				
19	15:43	11.0222	110222	Uniflor	15:43	cheio	110222	15:43	MAE	MAE	MAE	MAE		
19	16:00	110223	110269	N.ER.	18:40	n	110269	18:40	N	FECC	FECC	FECC		
19	19:00	110270	110383	marungá	21:40	cheio	110383	21:40	N	FECC	FECC	FECC		
20	5:00	110383	110760	Sendoim	16:50	"	110760	16:50	N	FECC	FECC	FECC		
21	5:00	110760	110901	Sendoim	07:10	"	110901	07:10	N	FECC	FECC	FECC		
21	7:00	110901	111028	marungá	13:23	"	111028	13:23	N	FECC	FECC	FECC		
22	5:00	111028	111265	Aratipons	08:30	3/4	111265	08:30	Sim	FECC	FECC	FECC		
22	13:00	111265	111405	marungá	16:30	1/4	111405	16:30	N	FECC	FECC	FECC		
22	18:00	111405	111529	marungá	21:30	3/4	111529	21:30	N	FECC	FECC	FECC		
23	5:00	111529	111611	Colinas	07:00	3/4	111611	07:00	N	FECC	FECC	FECC		
23	17:00	111611	111811	marungá	21:00	1/4	111811	21:00	N	FECC	FECC	FECC		
24	5:00	111811	111989	marungá	08:30	cheio	111989	08:30	Sim	FECC	FECC	FECC		
25	07:00	111989	112583	marungá	15:20	20	112583	15:20	N	FECC	FECC	FECC		
25	17:00	112583	112695	MBA	19:30	3/4	112695	19:30	Sim	FECC	FECC	FECC		
26	09:00	112695	113053	Aratipons	15:00	cheio	113053	15:00	N	FECC	FECC	FECC		
26	16:00	113053	114104	CURITIBA	20:30	11	114104	20:30	Sim	FECC	FECC	FECC		
27	5:00	114104	114191	Colinas	6:00	11	114191	6:00	MAE	FECC	FECC	FECC		
28	6:00	114191	114219	N.ER.	10:00	11	114219	10:00	11	FECC	FECC	FECC		



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **1030/2024** Emitido em **25/03/2024** Requisição Nº _____ Empenho Nº **922/2024**

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\$ 278,94**
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE **Valor liquidado R\$ 278,94**
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\$ 278,94

Servidor que autorizou a liquidação _____
241 - JOSE APARECIDO BOCARITE

Vencimento da liquidação _____
24/04/2024

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 278,94
Destinação 0
Data Nesta data

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

25/03/2024 10:48:52

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 PAGAMENTO

Número	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
1220	28/03/2024	1220	1030/2024	922/2024	

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 _____
 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\$ 278,94**

Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções R\$ 0,00

Valor líquido R\$ 278,94

Servidor que autorizou o pagamento _____
 30169 - CENILDA GIBIN ROELES FERRI

Recursos _____ Documento _____ Data _____ Valor _____
 00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 112 - BB - CC: 9878 -7 - SAUDE 03 25/03/2024 R\$ 278,94

Recibo _____
 Recebi do Prefeitura Municipal de Uniflor, a importância de Duzentos e Setenta e Oito Reais e Noventa e Quatro Centavos, referente ao pagamento do empenho número 922/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____