

03104



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número 1266/2024	Tipo Ordinário	Emitido em 02/04/2024	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: **PATRICIA APARECIDA DOS SANTOS MARTINS** Matrícula: 9154-5 CPF/CNPJ: 047.375.259-01
Endereço: TRAVESSA SANTA LIDIA, 489 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: Colorado/PR CEP: 86690-000 Fone: Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa		Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE		R\$ 33.964,79
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		Valor empenhado
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde		R\$ 278,94
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		Saldo atual
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Do Exercício		R\$ 33.685,85

Outras informações

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

CENILDA GIBIN ROELES FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

30

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: PATRICIA APARECIDA DOS SANTOS MARTINS

CARGO: TÉCNICA DE ENFERMAGEM

C/C A SER CREDENCIADA: 283690

AGÊNCIA: 0912-1

BANCO: BANCO DO BRASIL

DESTINO

CIDADE: JACAREZINHO-PR

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

SAIDA: 02/04/2024 – 23h45min RETORNO A SEDE: 03/04/2024- 15h30min

QUILOMETRAGEM: 278 km

NÚMERO DE DIARIA: 1/2 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTE: DUCATO VAN– 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 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 FUNCIONÁRIO (A)

Uniflor, 03 de 04 de 2024.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário Patrícia Ap. de Santos do Departamento de Saúde, realizada no acompanhamento do paciente ao Hospital do Ilho na Cidade de

Jacauzinho-PR.

Sai de Uniflor no dia 02/04/24 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: <u>02/04/24</u>	<u>23:45</u> horas.
Dia e horário de Retorno a Uniflor: <u>03/04/24</u>	<u>15:30</u> horas.
Km Inicial: <u>/</u>	Tanque combustível início: <u>/</u>
Km Final: <u>/</u>	Tanque combustível final: <u>/</u>
VEÍCULO: <u>/</u>	PLACA: <u>/</u>

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 Gibm 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	Emitido em	Requisição Nº	Empenho Nº
1456/2024	08/04/2024		1266/2024

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 **PATRICIA APARECIDA DOS SANTOS MARTINS** Matrícula **9154-5** CPF/CNPJ **047.375.259-01**
 Endereço **TRAVESSA SANTA LIDIA, 489** Bairro **CENTRO**
 Cidade/UF _____ CEP _____ Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
 Colorado/PR _____ **86690-000**

Classificação da despesa	Saldo do empenho
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	R\$ 278,94
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Valor liquidado
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde	R\$ 278,94
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	Saldo a liquidar
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	R\$ 0,00

Outras informações _____

Retenções	Total de retenções
	R\$ 0,00
	Valor líquido
	R\$ 278,94

Servidor que autorizou a liquidação _____
30321 - CENILDA GIBIN ROELES FERRI

Vencimento da liquidação _____
08/05/2024

Histórico _____



Transferência entre contas diversas

Debitado

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

Creditado

Nome PATRICIA A SANTOS MARTINS
Agência 912-1
Conta corrente 28369-X
Valor 278,94
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN	03/04/2024 09:17:11
	JE734063 JOSE BASSI NETO	03/04/2024 10:33:55

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 Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
1586	09/04/2024	1626	1456/2024	1266/2024	

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 **PATRICIA APARECIDA DOS SANTOS MARTINS** Matrícula **9154-5** CPF/CNPJ **047.375.259-01**

Endereço **TRAVESSA SANTA LIDIA, 489** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Colorado/PR** CEP **86690-000** 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 **Valor R\$ 278,94**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

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 04 03/04/2024 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 1266/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____