



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número **2726/2024** Tipo **Ordinário** Emitido em **17/07/2024** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

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 **ELIANE MAGALHAES DOS SANTOS** Matrícula **1195-9** CPF/CNPJ **064.519.749-19**
Endereço **Rua, 593 - 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 anterior
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		R\$ 23.085,99
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde		Valor empenhado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		R\$ 557,89
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		Saldo atual
Do Exercício		R\$ 22.528,10

Outras informações _____

Histórico _____
DESPESA EMPENHADA REFERENTE A UMA DIARIA DO MOTORISTA DA SAUDE COM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA O HOSPITAL ANGELINA CARON DE CURITIBA

CENILDA GIBIN ROELES FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

81

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: ELIANE MAGALHÃES DOS SANTOS

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMAGEM

C/C A SER CREDENCIADA: 21.578-3 AGÊNCIA: 0509-6 BANCO: BANCO DO BRASIL

DESTINO

CIDADE: CURITIBA-PARANÁ

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: ACOMPANHAMENTO NO TRANSPORTE DE PACIENTE PARA RETORNO DE CONSULTAS MÉDICAS PARA REALIZAR PROCEDIMENTO DE TRANSPLANTE NO HOSPITAL SOCIEDADE HOSPITALAR ANGELINA CARON DA CIDADE DE CURITIBA-PARANÁ.

SAIDA : 23/07/2024 – 18h00min RETORNO A SEDE: 24/07/2024- 21h30min

QUILOMETRAGEM: 459 km

NÚMERO DE DIARIAS: 1 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTE: HB 20 PLACA RHU-9D15– DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DA DIARIA: R\$ 557,89

VALOR TOTAL: R\$ 557,89

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,

Eliane M. dos Santos
SOLICITANTE

[Assinatura]
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.

Eliane M. dos Santos
Assinatura do Solicitante

DEFERIDO EM:

[Assinatura]
José Bassi Neto
Prefeito Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CNPJ 08.600.424/0001-07

RELATÓRIO DE VIAGEM DO FUNCIONÁRIO (A)

PREFEITURA M. DE UNIFLOR DEPTO. ADMINISTRATIVO Uniflor, 23 de 07 de 2024.

PROCOLO Nº 5720

DATA 26/07/2024

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

[Signature]
FUNCIONÁRIO

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário (a) Elaine M. dos Santos, motorista do Departamento de Saúde, realizada no acompanhamento do paciente ao Hospital Angelina Baron, na Cidade de Curitiba - PR.

Sai de Uniflor no dia 23/07/24 às 16:00.

Chegando ao destino as 00:00 horas.

Deixei o paciente e me dirigi ao hotel as 08:00 horas.

Fui Comunicado as 10:00 horas que o (a) paciente teve alta, fazendo check out no hotel.

Cheguei novamente ao hospital as 10:20 horas, peguei o (a) paciente e retornei para Uniflor.

Dados da Viagem:

Dia e horário de Saída de Uniflor: 23/07/24 16:00 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 24/07/24 18:00 horas.

Km Inicial: 128391 Tanque combustível início: cheio

Km Final: 129574 Tanque combustível final: cheio

VEÍCULO: HP 20



PLACA: RWU-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

Elaine M. dos Santos
FUNCIONÁRIO (A)

[Signature]
PAULO JUNIOR DOS SANTOS
DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE

	MUNICIPIO DE CAMPINA GRANDE DO SUL SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FINANÇAS E PLANEJAMENTO BENTO MUNHOZ DA ROCHA, 30 - 83430000 - CENTRO - CAMPINA GRANDE DO SUL - PR - PR	Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Número: <u>6458</u> Data Prestação: <u>24/07/2024</u> Autenticidade: <u>703768832</u>	
	Núm. do RPS: Série do RPS: Tipo do RPS: Emissão RPS:		

SITE AUTENTICIDADE: <https://campinagrandedosul.oxy.elotech.com.br/lss/autenticar-documento-fiscal>

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO	
Insc. Municipal: 00032905 CNPJ/CPF: 81.752.016/0001-52 Regime Fiscal: SIMPLES NACIONAL Nome/Razão Social: MARCO AURELIO DOS SANTOS LTDA Nome Fantasia: MARCO IMÓVEIS Endereço: RODOVIA DO CAQUI, 890 - RECANTO VERDE Município/UF: CAMPINA GRANDE DO SUL - PR-PR CEP: 83.430-000 Fone/Fax: (41) 3679-2627 E-Mail: angela@szcontabilidade.com	Insc. Estadual: 0

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO	
Insc. Municipal: CNPJ/CPF: 064.519.749-19 Insc. Estadual: Nome/Razão Social: ELIANE MAGALHÃES SANTOS Endereço: R: ORQUIDEA, 336 - CENTRO Município/UF: Uniflor-PR CEP: 87.640-000 Fone/Fax: (44) 99723-8273 E-Mail:	

DEFINIÇÃO DO SERVIÇO	
Item da Lista de Serviços da LC nº 118/03: 901 HOSPEDAGEM DE QUALQUER NATUREZA EM HOTEIS, APART HOTEIS, HOTEIS RESIDENCIA, RESIDENCE SERVICE CONDOMINIAIS, FLAT, APART SERVICE, SUITE SERVICE, HOTELARIA MARITIMA, MOTEIS, PENSOES E CONGENERES; OCUPACAO POR TEMPORADA COM FORNECIMENTO DE SERVIÇO (O VALO)	CNAE: 5510801
Competência: 7/2024 Local da Prestação do Serviço: CAMPINA GRANDE DO SUL - PR-PR Situação da NFS-e: EMITIDA Natureza da Operação: TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO	

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO
SERVIÇO DE HOSPEDAGEM

ITENS DO SERVIÇO					
Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	DIÁRIA 23/07/2024 À 24/07/2024	1,00000	125,00	0,00	125,00

TRIBUTOS INCIDENTES			
Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	3,07902	3,85000	Não
PIS	0,00000	0,00000	Não
COFINS	0,00000	0,00000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,00000	0,00000	Não
CSLL	0,00000	0,00000	Não
CPP	0,00000	0,00000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL				
Base de Cálculo do ISSQN: 125,00	Valor Total Descontos: 0,00	Valor Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido da NFS-e: 125,00	Valor Total da NFS-e: 125,00

NFS-E Nº 6458	Recebemos de MARCO AURELIO DOS SANTOS LTDA, os serviços constantes neste documento fiscal eletrônico. DATA: / / Assinatura: <i>Eliane M. dos Santos</i>
-------------------------	---



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
3317/2024	31/07/2024		2726/2024

Licitação	Número						
Tipo							
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	Matrícula	CPF/CNPJ				
Fornecedor	1195-9	064.519.749-19				
ELIANE MAGALHAES DOS SANTOS		Bairro				
Endereço						
Rua, 593 - CASA'						
Cidade/UF	CEP	Fone	Tipo de conta bancária	Banco	Agência	Conta
Uniflor/PR	87640-000					

Classificação da despesa	Saldo do empenho
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	R\$ 557,89
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde	Valor liquidado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	R\$ 557,89
1650 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\$ 557,89

Servidor que autorizou a liquidação
30320 - PAULO JUNIOR DOS SANTOS

Vencimento da liquidação
30/08/2024

Histórico



Transferência entre contas diversas

Debitado

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

Creditado

Nome ELIANE MAGALHAES SANTOS
Agência 509-6
Conta corrente 21578-3
Valor 557,89
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN	23/07/2024 14:36:00
	JE734063 JOSE BASSI NETO	23/07/2024 14:39:10

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°
3775	31/07/2024	3813	3317/2024	2726/2024	

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 **ELIANE MAGALHAES DOS SANTOS** Matrícula **1195-9** CPF/CNPJ **064.519.749-19**
 Endereço Rua, 593 - 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\$ 557,89**

Outras informações _____

Retenções _____
 Total de retenções **R\$ 0,00**
 Valor líquido **R\$ 557,89**

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	07	23/07/2024	R\$ 557,89

Recibo _____
Recebi do Prefeitura Municipal de Uniflor, a importância de Quinhentos e Cinquenta e Sete Reais e Oitenta e Nove Centavos, referente ao pagamento do empenho número 2726/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____