



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número 3178/2024	Tipo Ordinário	Emissão em 14/08/2024	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	Matrícula	CPF/CNPJ
MARIA DE FATIMA DA SILVEIRA MARTINS	1522-9	766.657.989-68
Endereço RUA PROJETADA - CASA, S/N	Bairro CENTRO	
Cidade/UF Uniflor/PR	CEP 87640-000	Fone
	Tipo de conta bancária	Banco Agência Conta

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	R\$ 19.459,73
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%) Do Exercício	Saldo atual
	R\$ 19.180,79

Outras informações

Histórico
DESPESA EMPENHADA REFERENTE A MEIA DIARIA DA AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA SAUDE ONDE FOI ACOMPANHAR PACIENTES PARA JACAREZINHO .NO HOSPITAL DO OLHO NORTE PIONEIRO

CENILDA GIBIN ROELES FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

89



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: MARIA DE FATIMA DA SILVEIRA MARTINS

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMAGEM

C/C A SER CREDENCIADA: 6.957-4

AGÊNCIA: 0509-6

BANCO: BANCO DO BRASIL

DESTINO

CIDADE: JACAREZINHO - PARANÁ

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: ACOMPANHAMENTO NO TRANSPORTE DE PACIENTES PARA CONSULTAS MÉDICAS E REVISÃO DE CIRURGIA FEITA NO OLHO DIREITO, NO HOSPITAL DO OLHO NORTE PIONEIRO DA CIDADE DE JACAREZINHO-PARANÁ.

SAIDA : 15/08/2024 – 23h45min RETORNO A SEDE: 16/06/2024- 14h30min

QUILOMETRAGEM: 278 KM

NÚMERO DE DIARIAS: 1/2 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTE: VEICULO DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE- PREFEITURA MUNICIPAL

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, 16 de 08 de 2024.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário Maria de Fatima S.M motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte do de paciente ao Hospital do Ilho São Tomé na Cidade de Joaquim - PR

Sai de Uniflor no dia 15/08/24 às 23:45.

Chegando ao destino as 04:27 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: 15/08/24 23:45 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 16/08/24 12:30 horas.

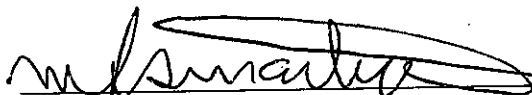
Km Inicial: 165491 Tanque combustível início: cheio

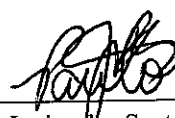
Km Final: 166205 Tanque combustível final: 1/4

VEÍCULO: Quebra Vm PLACA: BCU-6880

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)


Paulo Junior dos Santos
DIRETOR 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

DUCATO VAN		DIÁRIO DE BORDO										A GOSTO	
Veículo	Placas	HORARIO 24 Horas	Km inicial	Destino	Km final	HORARIO 24 Horas	Tanque de combustível final	Secretaria Responsável	Mês Referência	SAÚDE		2004	
DIA													
01	BCU 6D80	17:40	163861	Uniflor	163861	17:40	3/4		MAIO				
01		5:00	163861	Colares	163949	6:17	1/4		JUN				
01		9:30	163949	Colares	164036	11:40	1/2		JUN				
02		11:00	164036	Colares	164235	19:00	3/4		JUN				
06		6:00	164235	Colares	164337	19:00	1/2		JUN				
07		8:30	164337	Colares	164527	18:45	1/2		JUN				
08		11:00	164527	Colares	164677	16:50	1/2		JUN				
09		5:30	164677	Colares	164837	13:50	3/4		JUN				
10		5:30	164837	Colares	165017	13:30	1/2		JUN				
13		5:00	165017	Colares	165128	7:10	1/2		JUN				
13		8:50	165128	Colares	165195	17:17	1/2		JUN				
14		11:00	165195	Colares	165350	17:00	1/2		JUN				
15		5:00	165350	Colares	165447	7:00	1/2		JUN				
15		5:00	165447	Colares	165491	18:40	1/2		JUN				
15		10:00	165491	Colares	166105	12:30	1/4		JUN				



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **3517/2024** Emitido em **16/08/2024** Requisição Nº _____ Empenho Nº **3178/2024**

Licitação _____
Tipo _____ Número _____
Sem licitação
Contrato/Aditivo _____
Seqüência Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor _____
Fornecedor **MARIA DE FATIMA DA SILVEIRA MARTINS** Matrícula **1522-9** CPF/CNPJ **766.657.989-68**
Endereço **RUA PROJETADA - CASA, S/N** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

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

Outras informações _____

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

Servidor que autorizou a liquidação _____
30320 - PAULO JUNIOR DOS SANTOS

Vencimento da liquidação _____
15/09/2024

Histórico _____

Transferência entre contas diversas

Debitado

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

Creditado

Nome MARIA FATIMA S MARTINS
Agência 509-6
Conta corrente 6957-4
Valor 278,94
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN	19/08/2024 09:32:42
	JE734063 JOSE BASSI NETO	19/08/2024 09:47:15

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°
4063	21/08/2024	4077	3517/2024	3178/2024	

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 **MARIA DE FATIMA DA SILVEIRA MARTINS** Matrícula **1522-9** CPF/CNPJ **766.657.989-68**
 Endereço **RUA PROJETADA - CASA, S/N** Bairro **CENTRO**
 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 **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 _____
 30320 - PAULO JUNIOR DOS SANTOS Documento _____ Data _____ Valor _____
 Recursos _____ Documento _____ Data _____ Valor _____
 00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 112 - BB - CC: 9878 -7 - SAUDE 08 19/08/2024 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 3178/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____