



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
3181/2024	Ordinário	15/08/2024		

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	2640-9	677.688.579-68
JOSE APARECIDO BOCARITE		
Endereço	Bairro	
RUA PROJETADA, 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\$ 18.065,01
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%)	R\$ 17.786,07
Do Exercício	

Outras informações

Histórico
DESPESA 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

85

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-PARANÁ

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE PARA PROCEDIMENTO DE CONSULTAS / AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTO DE CIRURGIA DE CATARATAS NO OLHO DIREITO, NO HOSPITAL DO OLHO NORTE PIONEIRO NA CIDADE DE JACAREZINHO-PARANÁ.

SAIDA: 13/08/2024 – 23h45min

RETORNO A SEDE: 14/08/2024- 16h00min

QUILOMETRAGEM: 278 km

NÚMERO DE DIARIAS: 1/2 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTE: VEICULO DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DE MEIA 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 MOTORISTA

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 José Aparecido Bocante, motorista lotado no Departamento de Saúde, realizada no transporte de paciente ao hospital do Olho Norte pioneiro na Cidade de Jacarezinho - PR.

Sai de Uniflor no dia 13/08/24 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: 13/08/24 23:45 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 14/08/24 15:20 horas.

Km Inicial: 164843 Tanque combustível início: cheio

Km Final: 165426 Tanque combustível final: cheio

VEÍCULO: SPRINTER PLACA: BBR-6643

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


MOTORISTA


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

SPRINTER		DIÁRIO DE BORDO										DEPARTAMENTO	
Veículo	Placas	Horário Início	Horário Final	Destino	Km Inicial	Km Final	Horário 24 Horas	Tanque de Combustível Início	Tanque de Combustível Final	Mês Referência	Secretaria Responsável	Agosto	2004
01	33BR	08:30	163477	UNIFLOR	163477	163477	07:30	1/2	1/2			não	*JB.
02		6:50	163447	mgp	163608	163608	13:30	1/2	1/2			2.	Condições
03		5:00	163608	Colombo	163691	163691	7:00	3/4	3/4			N/A	Paulo
04		9:30	163691	Colombo	163774	163774	11:00	3/4	3/4			N	A.C.D.
05		5:50	163774	mgp	163956	163956	13:00	1/2	1/2			N	Condições
06		9:10	163956	Colombo	164041	164041	07:20	3/2	3/2			N	A.C.C.D.
07		9:00	164041	RESERVA	164123	164123	12:50	RESERVA	RESERVA			N	Paulo
08		15:30	164123	RESERVA	164151	164151	17:00	RESERVA	RESERVA			N	Paulo
09		11:30	164151	Colombo	164327	164327	17:20	1/2	1/2			NÃO	Vando
10		9:10	164327	Colombo	164410	164410	07:00	1/2	1/2			N	A.P.S.
11		9:30	164410	Colombo	164518	164518	16:00	1/2	1/2			N	A.C.C.D.
12		11:00	164518	mgp	164733	164733	19:20	3/4	3/4			S	Condições
13		9:10	164733	Colombo	164817	164817	07:20	3/4	3/4			N	A.P.C.A.
14		16:00	164817	U.C.P.	164843	164843	17:00	3/4	3/4			SIM	A.C.C.D.
15		20:10	164843	Colombo	165126	165126	15:20	CH/10	CH/10			SIM	A.C.C.D.
16		9:10	165126	Colombo	165509	165509	11:40	1/2	1/2			N	Vando



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número 3513/2024	Emitted em 16/08/2024	Requisição Nº	Empenho Nº 3181/2024
----------------------------	---------------------------------	----------------------	--------------------------------

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: **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		Saldo do empenho
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE		R\$ 278,94
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde		Valor liquidado 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
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 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	13/08/2024 15:32:52
	JE734063 JOSE BASSI NETO	13/08/2024 15:45:08

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°
4067	21/08/2024	4081	3513/2024	3181/2024	

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 _____ CEP **87640-000** Fone _____ Tipo de conta bancária _____ Banco _____ Agência _____ Conta _____
 Uniflor/PR

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**
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 278,94**

Outras informações _____

Retenções _____
Total de retenções
R\$ 0,00

Valor líquido
R\$ 278,94

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 08 13/08/2024 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 3181/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____