



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
3183/2024	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	Matrícula	CPF/CNPJ				
Fornecedor	990-3	795.202.869-34				
MAGALI FELICIANO DA SILVA						
Endereço	Bairro					
RUA JULIA VANDERLEI, 313 - CASA, S/N	CENTRO					
Cidade/UF	CEP	Fone	Tipo de conta bancária	Banco	Agência	Conta
Nova Esperança/PR	87600-000					

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	R\$ 17.228,18
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\$ 16.949,24
Do Exercício	

Outras informações

Histórico

DESPEZA EMPENHADA REFERENTE A MEIA DIARIA DO MOTORISTA COM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA JACAREZINHO NO HOSPITAL NORTE PIONEIRO

CENILDA GIBIN ROELES FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

86

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: MAGALI FELICIANO DA SILVA

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMAGEM

C/C A SER CREDENCIADA: 20931-7 AGÊNCIA: 0509-6 BANCO: BANCO DO BRASIL

DESTINO

CIDADE: JACAREZINHO-PR

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

SAÍDA : 13/08/2024 – 23h45min RETORNO A SEDE: 14/08/2024- 16h00min

QUILOMETRAGEM: 278km

NÚMERO DE DIARIAS : 1/2 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTE: VEICULO DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DA 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,

Magali Feliciano da Silva

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.

Magali Feliciano da Silva

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 Magali Feliciano de Souza do Departamento de Saúde, realizada no acompanhamento do paciente ao Hospital do Ilho Norte Rioneiro 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-6543

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

Magali Feliciano de Souza
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

VEÍCULO		DEPARTAMENTO									
Placas	SPRINTER	SAÚDE									
DATA	Placas	HORARIO	Km Inicial	Km Final	Destino	HORARIO	Tanque de Combustível	Mês Referência	Secretaria Responsável	Mês Referência	Secretaria Responsável
		24 Horas				24 Horas	Final				
01	6548	08:30	163477	163477	UNIFLOR	08:30	112	112		Agosto	2004
02		5:50	163447	163608	MGPA	13:30	6/10			Agosto	2004
03		5:00	163608	163697	Colorado	7:00	3/4			Agosto	2004
04		9:30	163691	163774	Colorado	11:00	3/4			Agosto	2004
05		5:50	163774	163956	MGPA	13:00	1/2			Agosto	2004
06		9:10	163956	164041	Colorado	07:20	3/2			Agosto	2004
06		9:00	164041	164123	Colorado	12:30	RESER			Agosto	2004
07		15:30	164123	164151	N.ESP.	17:00	RESER			Agosto	2004
07		15:30	164151	164327	N.ESP.	17:20	RESER			Agosto	2004
08		09:40	164327	164410	Colorado	07:00	"			Agosto	2004
08		9:30	164410	164518	Colorado	16:00	"			Agosto	2004
09		11:00	164570	164733	MGPA	10:20	1/4			Agosto	2004
10		4:10	164733	164817	Colorado	07:20	3/4			Agosto	2004
13		16:00	164817	164893	N.ESP.	17:00	3/4			Agosto	2004
14		00:10	164893	165126	Colorado	15:20	CH/PIO			Agosto	2004
15		9:10	165127	165509	Colorado	11:40	CH/PIO			Agosto	2004



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 N°	Empenho N°
3514/2024	16/08/2024		3183/2024

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	Matricula	CPF/CNPJ
Fornecedor	990-3	795.202.869-34
MAGALI FELICIANO DA SILVA		
Endereço	Bairro	CENTRO
RUA JULIA VANDERLEI, 313 - CASA, S/N		
Cidade/UF	CEP	Fone
Nova Esperança/PR	87600-000	
	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	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 das 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 MAGALI FELICIANO DA SILVA
Agência 509-6
Conta corrente 20931-7
Valor 278,94
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN	13/08/2024 15:33:30
	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°
4066	21/08/2024	4080	3514/2024	3183/2024	

Licitação _____
 Tipo _____ Número _____
 Sem licitação

Contrato/Aditivo _____
 Sequência Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig atualizada Início de execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor _____
 Fornecedor **MAGALI FELICIANO DA SILVA** Matrícula **990-3** CPF/CNPJ **795.202.869-34**
 Endereço **RUA JULIA VANDERLEI, 313 - CASA, S/N** Bairro **CENTRO**
 Cidade/UF **Nova Esperança/PR** CEP **87600-000** 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**
 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 3183/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____