



# 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
<b>3212/2024</b>	Ordinário	20/08/2024		

Licitação	Número
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

Credor		Matricula	CPF/CNPJ
Fornecedor		1523-7	016.765.089-02
Endereço		Bairro	
RUA ORQUIDEA, 324 - CASA			
Cidade/UF	CEP	Fone	Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Uniflor/PR	87640-000	2701341	

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	R\$ 15.554,52
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%)	Saldo atual
Do Exercício	R\$ 15.275,58

Outras informações

Histórico  
DESPESA EMPENHADA REFERENTE A MEIA DIARIA DA AUXILIAR DE ENFERMAGEM ONDE FOI DE ACOMPANHANTE DE PACIENTES PARA JACAREZINHO

PAULO JUNIOR DOS SANTOS  
DIRETOR DIVISAO CC-3

avs

## PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

### REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: ANA LUCIA DE OLIVEIRA

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMAGEM

C/C A SER CREDENCIADA: 33147-8

AGÊNCIA: 0718

BANCO: SICREDI

### DESTINO

CIDADE: JACAREZINHO - PARANÁ

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: ACOMPANHAMENTO NO TRANSPORTE DE PACIENTES PARA CONSULTAS/AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTO DE CIRURGIA DE CATARATAS QUE REALIZARAM NO OLHO ESQUERDO, NO HOSPITAL DE OLHOS NORTE PIONEIRO DA CIDADE DE JACAREZINHO-PARANÁ.

SAÍDA : 21/08/2024 -23h45min    RETORNO A SEDE: 22/08/2024- 14h30min

QUILOMETRAGEM: 278 KM

NÚMERO DE DIARIAS: 1/2 DIÁRIA

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

### RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DA 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,

*Ana Lúcia de Oliveira*  
SOLICITANTE

*Rafael*  
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.

*Ana Lúcia de Oliveira*  
Assinatura do Solicitante

DEFERIDO EM:

*José Bassi Neto*  
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, 23 de 08 de 2024.

**Para: José Bassi Neto – Prefeito**  
**Prefeitura Municipal de Uniflor**

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário Ana Lucia de Oliveira do Departamento de Saúde, realizada no acompanhamento do paciente ao Hospital do Olho Norte Sumario na Cidade de Jacauzinho-PR.

Sai de Uniflor no dia 22/08/24 às 00:00.

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 09:40 horas, peguei o (a) paciente e retornei para Uniflor.

#### Dados da Viagem:

Dia e horário de Saída de Uniflor: 22/08/24 00:00 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 22/08/24 13:30 horas.


Km Inicial: 16645 Tanque combustível início: cheio


Km Final: 167104 Tanque combustível final: 1/4

VEÍCULO: Quatro Van PLACA: 130V-6080

#### 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 - 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
<b>3543/2024</b>	<b>22/08/2024</b>		<b>3212/2024</b>

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

Credor	Matrícula	CPF/CNPJ
Fornecedor	1523-7	016.765.089-02
<b>ANA LUCIA DE OLIVEIRA</b>		Bairro
Endereço		
RUA ORQUIDEA, 324 - CASA		
Cidade/UF	CEP	Fone
Uniflor/PR	87640-000	2701341
	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 de retenções
	R\$ 0,00
	Valor líquido
	R\$ 278,94

Servidor que autorizou a liquidação  
30320 - PAULO JUNIOR DOS SANTOS

Vencimento da liquidação  
21/09/2024

Histórico

---

**DOC ou TED Eletrônico**

**Debitado**

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

**Creditado**

Banco 748 BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.  
Agência (sem DV) 718 SICREDI MARINGA  
Conta corrente (com DV) 331478  
CPF 016.765.089-02  
Nome favorecido ANA LUCIA DE OLIVEIRA  
Finalidade CREDITO EM CONTA  
Número documento 82.102  
Valor 278,94  
Destinação 0  
Data transferência 21/08/2024  
"C" - CNPJ diferente  
Autenticação SISBB B40DF7AE786EF6F0

---

Assinada por	JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN	21/08/2024 14:41:29
	JE734063 JOSE BASSI NETO	21/08/2024 14:43:30

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°
<b>4081</b>	23/08/2024	4095	3543/2024	3212/2024	

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 **ANA LUCIA DE OLIVEIRA** Matrícula **1523-7** CPF/CNPJ **016.765.089-02**

Endereço **RUA ORQUIDEA, 324 - CASA** Bairro \_\_\_\_\_

Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone **2701341** 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 82102	21/08/2024	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 3212/2024.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Uniflor, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_