



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número **5253/2023** Tipo **Ordinário** Emitido em **18/12/2023** 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 **CLEUSA FERREIRA** Matrícula **1593-8** CPF/CNPJ **369.277.402-87**
Endereço **Rua, 3 - CASA** Bairro _____
Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone **2522159** Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa _____
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE **Saldo anterior**
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE **R\$ 5.635,61**
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde **Valor empenhado**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 278,94**
1800 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) **Saldo atual**
Do Exercício **R\$ 5.356,67**

Outras informações _____

Histórico _____
DESPESA EMPENHADA REFERENTE A MEIA DIARIA DA AUXILIAR DE ENFERMAGEM COM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA JACAREZINHO

CENILDA GIBIN ROELES FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: CLEUSA FERREIRA

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMAGEM

C/C A SER CREDENCIADA : 7545-0 AGÊNCIA: 509-6 BANCO: BANCO DO BRASIL

DESTINO

CIDADE: JACAREZINHO - PR

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: ACOMPANHAMENTO DE TRANSPORTE DOS PACIENTES PARA RETORNO DE CIRURGIA DE CATARATAS NO HOSPITAL REGIONAL DA CIDADE DE JACAREZINHO-PR.

SAIDA :21/12/2023 – 01H00M RETORNO A SEDE: 21/12/2023-17H00MIN

QUILOMETRAGEM: 271KM

NÚMERO DE DIARIAS : 1/2

MEIO DE TRANSPORTE: DUCATO VAN – DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

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 DESTA ÓRGÃO E SEU AFASTAMENTO NÃO ACARRETÁRA PREJUÍZOS ADMINISTRATIVOS.

EM, 20/12/2023
Cleusa Ferreira

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.

Cleusa Ferreira

Assinatura do Solicitante

DEFERIDO EM:

[Assinatura]
Jose Bassi Neto
Prefeito Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CNPJ 08.600.424/0001-07

RELATÓRIO DE VIAGEM DE FUNCIONÁRIO

Uniflor, 21 de 12 de 2023.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário (a) Oléusa Ferreira do Departamento de Saúde, realizada para transporte de pacientes, ao Hospital do velho norte Pioneiro, na cidade de Jacarembó - PR.

Saí de Uniflor no dia 21/12/23 às 08:30.

Chegando ao destino as 05:45 horas.

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

ACOMPANHEI O PACIENTE ATE O HOSPITAL AS - : - horas.

Fiquei com o paciente no hospital das - : - até às - : - horas.

Fui para o hotel às - : - horas.

Dados da Viagem:

Dia e horário de Saída de Uniflor: 21/12/23 08:30 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 21/12/23 16:30 horas.

Km Inicial: - Tanque combustível início: -

Km Final: - Tanque combustível final: -

VEÍCULO: VAN PLACA: B0U-6D80

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

Oléusa Ferreira
FUNCIONÁRIO(A)

Cenilda Gibin Roeles Ferri
DIRETORA 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
5884/2023	21/12/2023		5253/2023

Licitação		Número	
Tipo			
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		Matricula	CPF/CNPJ
Fornecedor		1593-8	369.277.402-87
Endereço		Bairro	
Rua, 3 - CASA			
Cidade/UF	CEP	Fone	Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Uniflor/PR	87640-000	2522159	

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
1800 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
30169 - CENILDA GIBIN ROELES FERRI

Vencimento da liquidação
20/01/2024

Histórico

Transferência entre contas diversas**Debitado**

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

Creditado

Nome CLEUSA FERREIRA
Agência 509-6
Conta corrente 7545-0
Valor 278,94
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN

21/12/2023 09:52:35

JE734063 JOSE BASSI NETO

21/12/2023 09:54:54

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°
6949	28/12/2023	6992	5884/2023	5253/2023	

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 **CLEUSA FERREIRA** Matrícula 1593-8 CPF/CNPJ 369.277.402-87
 Endereço Rua, 3 - CASA Bairro _____
 Cidade/UF Uniflor/PR CEP 87640-000 Fone 2522159 Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa _____
 1800 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 _____
 30169 - CENILDA GIBIN ROELES FERRI Documento _____ Data _____ Valor _____
 Recursos 00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 112 - BB - CC: 9878 -7 - SAUDE 12 21/12/2023 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 5253/2023.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____