



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
5134/2023	Ordinário	12/12/2023		

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						
EDIVALDO DE OLIVEIRA	5766-5	027.808.719-11				
Endereço		Bairro				
VL RURAL, 13 - CHACARA ESPERANÇA		CENTRO				
Cidade/UF	CEP	Fone	Tipo de conta bancária	Banco	Agência	Conta
Uniflor/PR	87640-000					

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	R\$ 1.493,26
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
1800 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
Do Exercício	R\$ 1.214,32

Outras informações

Histórico

ESPESA EMPENHADA REFERENTE A MEIA DIARIA DO MOTORISTA DA SAUDE CO TRANSPORTE DE PACIENTE PARA RETORNO DE CIRURGIA EM JACAREZINHO

CENILDA GIBIN ROELES FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

1.2



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CNPJ 08.600.424/0001-07

RELATÓRIO DE VIAGEM DO MOTORISTA

Uniflor, 06 de dezembro de 2023.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário Edicelso de Oliveira motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte de paciente ao Hospital do Ilhos Jacarizinho na Cidade de Jacarezinho PR

Sai de Uniflor no dia 06/12/23 às 00:00.

Chegando ao destino as 05:00 horas.

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

Fui Comunicado as 12:00 horas que o (a) paciente teve alta, fazendo check out no hotel.

Cheguei novamente ao hospital as 12:00 horas, peguei o (a) paciente e retornei para Uniflor.

Dados da Viagem:

Dia e horário de Saída de Uniflor: 06/12/2023 00:00 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 06/12/2023 16:30 horas.

Km Inicial: 141669 Tanque combustível início: cheio

Km Final: 142334 Tanque combustível final: 2/3

VEÍCULO: Punto Van PLACA: BOU 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

Edicelso de Oliveira
MOTORISTA

Cenilda Gibin Roeles Ferri
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: EDIVALDO DE OLIVEIRA

CARGO: MOTORISTA

C/C A SER CREDENCIADA : 39.084-4

AGÊNCIA: 0509-6

BANCO: BRASIL

DESTINO

CIDADE: JACAREZINHO - PR

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE PARA RETORNO DE CIRURGIA OFTALMO NO HOSPITAL DE OLHO JACAREZINHO.

SAIDA : 06/12/2023 – 00H00M

RETORNO A SEDE: 06/12/2023-16H30MIN

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 DESTE ÓRGÃO E SEU AFASTAMENTO NÃO ACARRETÁRA PREJUÍZOS ADMINISTRATIVOS.

EM,

06-12-2023
Edivaldo de Oliveira

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.

Edivaldo de Oliveira

Assinatura do Solicitante

DEFERIDO EM:


José Bassi Neto
Prefeito Municipal

Transferência entre contas diversas**Debitado**

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

Creditado

Nome EDIVALDO DE OLIVEIRA
Agência 509-6
Conta corrente 39084-4
Valor 278,94
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN	14/12/2023 15:07:03
	JE734063 JOSE BASSI NETO	14/12/2023 15:12:22

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 LIQUIDAÇÃO

Número **5862/2023** Emitido em **18/12/2023** Requisição Nº _____ Empenho Nº **5134/2023**

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 **EDIVALDO DE OLIVEIRA** Matrícula **5766-5** CPF/CNPJ **027.808.719-11**

Endereço **VL RURAL, 13 - CHACARA ESPERANÇA** Bairro **CENTRO**

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	R\$ 278,94
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	
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
17/01/2024

Histórico _____



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 Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
6693	21/12/2023	6727	5862/2023	5134/2023	

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 **EDIVALDO DE OLIVEIRA** Matrícula **5766-5** CPF/CNPJ **027.808.719-11**

Endereço **VL RURAL, 13 - CHACARA ESPERANÇA** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone _____ 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
 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 _____

30169 - CENILDA GIBIN ROELES FERRI

Recursos	Documento	Data	Valor
00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Conta bancária 112 - BB - CC: 9878 -7 - SAUDE 12	14/12/2023	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 5134/2023.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____