



# 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
5136/2023	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
Sequência Contrato							

Credor	Matrícula	CPF/CNPJ
Fornecedor <b>ELAINE NUNES FRANZONI POIELI</b>	1017-1	039.281.319-07
Endereço RUA CRISATEMO - CASA, S/N		Barro CENTRO
Cidade/UF Uniflor/PR	CEP 87600-000	Fone Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	R\$ 935,38
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde	Valor empenhado R\$ 278,94
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	
1800 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Do Exercício	Saldo atual R\$ 656,44

Outras informações

Histórico  
DESPEZA EMPENHADA REFERENTE A MEIA DIARIA DA AUXILIAR DE ENFERMAGEM ONDE FOI PARA JACA REZINHO COM TRASPORTE DE PACIENTE

CENILDA GIBIN ROELES FERRI  
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

117

## PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

### REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

**NOME DO SERVIDOR:** ELAINE NUNES FRANZONI POIELI

**CARGO:** AUXILIAR DE ENFERMAGEM

**C/C A SER CREDENCIADA :** 71872862-7

**AGÊNCIA:** 0260

**BANCO:** NU PAGAMENTOS S.A.

### DESTINO

**CIDADE:** JACAREZINHO - PR

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

**SAIDA :** 04/12/2023 – 00H00M

**RETORNO A SEDE:** 04/12/2023-16H00MIN

**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, 04/12/23

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:

Jose Bassi Neto  
Prefeito Municipal



# PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

## DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CNPJ 08.600.424/0001-07

### RELATÓRIO DE VIAGEM

Uniflor, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2023.

Para: João Cassi Neto – Prefeito  
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário Edaine N. Szepni funcionário(a) do Departamento de Saúde, realizada no acompanhamento de transporte de paciente ao Hospital  Hosp. Olho Jacarezinho na Cidade de Jacarezinho.

Sai de Uniflor no dia 03/12/23 às 00:00 horas.

Chegando ao destino às 06:00 horas.

Deixei o paciente e me dirigi ao hotel às 07:30 horas.

Fui comunicado as \_\_\_\_ : \_\_\_\_ horas que o (a) paciente teve alta, fazendo check out no hotel.

Cheguei novamente ao hospital as 08:20 horas, peguei o (a) paciente e retornei para Uniflor.

<b>Dados da Viagem:</b>	
Dia e horário de Saída de Uniflor:	<u>03/12/23</u> <u>0:0</u> horas.
Dia e horário de Retorno a Uniflor:	<u>04/12/23</u> <u>16:00</u> horas. + out
Km Inicial: _____	Tanque combustível início: _____
Km Final: _____	Tanque combustível final: _____
VEÍCULO: _____	PLACA: _____

#### 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

\_\_\_\_\_  
FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Cenilda Gibin Roeles Ferri  
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE



---

**DOC ou TED Eletrônico****Debitado**

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

**Creditado**

Banco 260 NU PAGAMENTOS - IP  
Agência (sem DV) 1  
Conta corrente (com DV) 718728627  
CPF 039.281.319-07  
Nome favorecido ELAINE NUNES FRANZONI POIELI  
Finalidade CREDITO EM CONTA  
Número documento 121.401  
Valor 278,94  
Destinação 0  
Data transferência 14/12/2023  
"C" - CNPJ diferente

Autenticação SISBB 8384E6A6DD545486

---

Assinada por JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN  
JE734063 JOSE BASSI NETO

14/12/2023 16:08:53

14/12/2023 16:28:26

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: JE734063 JOSE BASSI NETO.

**cielo**  
HOTEL AVENIDA...  
CNPJ: 20.326.229/0...  
JACAREZINHO PR

CREDITO A VISTA **R\$ 75,00**

3122...  
556431...  
3122...  
556431...

MASTER CARD  
POS: 00887306

CNPJ / CPF  
170... 70

# Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

**UHIRO MIYAMOTO**  
VARGAS, 1181 - (43) 3525-0343  
Bairro: CENTRO  
Zinho - PR  
notasfiscaiseletronica@gmail.com  
1343

Inscrição Estadual Inscrição Municipal  
544400



Número da NFS-e  
**202300000022361**

Data do Serviço  
**04/12/2023**

Código Verificador  
**eb1622ae8**

<b>MUNICIPIO DE JACAREZINHO/PR</b> Secretaria Municipal de Finanças Fone: (43) 3911-3008 - jacarezinho.gov.br.cloud/NFSe.Portal	Dt. de Emissão	Exigibilidade ISS	Tributado no Município
	04/12/2023	Exigível	Jacarezinho/PR

<b>TOMADOR DO SERVIÇO</b>		Município de Prestação do Serviço	
Nome / Razão Social fundo municipal de saude Uniflor Pr		Jacarezinho/PR	
Endereço Rua Rosa,306			
Cidade Uniflor	UF PR	Fone (44) 99850-2763	CEP 87640-000
Bairro Centro			
CNPJ / CPF 08.600.424/0001-07	Inscrição Municipal	Inscrição Estadual	
E-mail			

<b>INTERMEDIARIO DO SERVIÇO</b>			
Nome / Razão Social		CNPJ / CPF	
E-mail		Inscrição Municipal	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR TOTAL	ALIQ.	VALOR IMPOSTO	RETIDO
Elaine Nunes Franzoni Poieli. Alíquota Efetiva: 2,8426833409%.	75,00	2,84	2,13	Não

Código do Serviço  
09.01 - Hospedagem em qualquer natureza em hotéis, apart-service condominiais, flat, apart-hotéis, hotéis residência, residence-service, suite service, hotelaria marítima, motéis, pensões e congêneres; ocupação por temporada com fornecimento de serviço (o valor da alimentação e gorjeta, quando incluído no preço da diária, fica sujeito ao Imposto Sobre Serviços).

Código NBS

CIDE	COFINS	COFINS Importação	ICMS	IOF	IPI	PIS/PASEP	PIS/PASEP Importação
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Base Cálculo ISSQN Próprio	Valor do ISSQN Próprio	Base Cálculo ISSQN Retido	Valor do ISSQN Retido	Valor Total do ISSQN	Valor Dedução/Descontos		
75,00	2,13	0,00	0,00	2,13	0,00		
Valor Total da NFS-e	75,00	Valor Líquido da NFS-e		75,00			

Informações Adicionais

NOTA EMITIDA POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL  
NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI  
Lei 12741/2012: Mun: R\$3,41; Est: R\$0,00; Fed: R\$10,09; Total Aprox: R\$13,50. Fonte: IBPT.



Consulta realizada em 04/12/2023 às 10:08:39.  
Para consultar a autenticidade acesse: [jacarezinho.gov.br.cloud/NFSe.Portal](http://jacarezinho.gov.br.cloud/NFSe.Portal)



202300000022361eb1622ae879326229000170



# Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **5856/2023** Emitido em **18/12/2023** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Empenho Nº **5136/2023**

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 **ELAINE NUNES FRANZONI POIELI** Matrícula **1017-1** CPF/CNPJ **039.281.319-07**

Endereço **RUA CRISATEMO - CASA, S/N** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87600-000** 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 - GENILDA 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
<b>6684</b>	21/12/2023	6718	5856/2023	5136/2023	

**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: **ELAINE NUNES FRANZONI POIELI**  
 Endereço: RUA CRISATEMO - CASA, S/N  
 Cidade/UF: Uniflor/PR  
 Matrícula: 1017-1  
 CPF/CNPJ: 039.281.319-07  
 Bairro: CENTRO  
 CEP: 87600-000  
 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

**Valor**  
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 121401	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 5136/2023.

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

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