



# 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
5127/2023	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							

Crador	Matricula	CPF/CNPJ
Fornecedor <b>ELIANE MAGALHAES DOS SANTOS</b>	1195-9	064.519.749-19

Endereço	CEP	Fone	Tipo de conta bancária	Banco	Agência	Conta
Rua, 593 - CASA	87640-000					

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	R\$ 4.561,81
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde	R\$ 557,89
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	
1800 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Do Exercício	R\$ 4.003,92

Outras informações

Histórico  
DESPEZA EMPENHADA REFERENTE A 01 DIARIA DA AUXILIAR DE ENFERMAGEM COM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA CURITIBA PR

CENILDA GIBIN ROELES FERRI  
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

120

016

# PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

## REQUERIMENTO/SOLICITAÇÃO DE DIÁRIAS PARA VIAGEM

UNIFLOR, 05 DE DEZEMBRO DE 2023.

**NOME DO SERVIDOR: ELIANE MAGALHÃES DOS SANTOS**  
**MATRÍCULA: 29976**

**CARGO: AUX DE ENFERMAGEM**

**Segue dados bancários:**

**CPF: 064.519.749-19**

**Banco: Banco Brasil**

**Agência: 0509-6**

**Conta Corrente: 21.578-3**

### DESTINO

**CIDADE: CURITIBA**

**ESTADO: PARANÁ**

**ASSUNTO/OBJETIVO DA VIAGEM: ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO NO TRANSPORTE DE PACIENTE À CONSULTA.**

**DATA: 05/12/2023**

**HR PREVISÃO SAÍDA: 15h30min**

**DATA: 06/12/2023**

**HR PREVISÃO RETORNO: 20h00min**

**MEIO DE TRANSPORTE: HB20**

### RECURSOS SOLICITADOS

**VALOR DA DIARIA: 557,89**

**TOTAL DA DIARIA: 557,89**

*O 1 dia*

*Eliane Magalhães dos Santos*

**SERVIDOR REQUERENTE**

Documento assinado digitalmente

**gov.br**

CENILDA GIBIN ROELES FERRI

Data: 07/12/2023 07:50:35-0300

Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

**DIRETOR (A) DE DEPARTAMENTO**

*[Assinatura]*  
**PREFEITO MUNICIPAL**

**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.

*Eliane Magalhães dos Santos*

Assinatura do Servidor

DEFERIDO EM:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
 CNPJ 08.600.424/0001-07

**RELATÓRIO DE VIAGEM DO MOTORISTA**

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

Para: José Bassi Neto – Prefeito  
 Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário

Clione M. dos Santos Aux. Enfe. motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte de paciente ao Hospital Angelina Casom na Cidade de Cuitida P.R

Sai de Uniflor no dia 05/12/23 às 16:00.

Chegando ao destino as 01:00 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: 05/12/23 16:00 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 06/12/23 20:00 horas.

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

Clione M. dos Santos  
 MOTORISTA, Aux. Enfermagem



Documento assinado digitalmente

CENILDA GIBIN ROELES FERRI

Data: 07/12/2023 08:05:14-0300

Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Cenilda Gibin Roeles Ferri  
 DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE

**MUNICIPIO DE CAMPINA GRANDE DO SUL****SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FINANÇAS E PLANEJAMENTO**

BENTO MUNHOZ DA ROCHA, 30 - 83430000 - CENTRO - CAMPINA GRANDE DO SUL - PR - PR

Núm. do RPS: Série do RPS: Tipo do RPS: Emissão RPS:

**Nota Fiscal de Serviços Eletrônica**

Número:

5817

Emissão:

06/12/2023

Autenticidade:

857807969

SITE AUTENTICIDADE: <https://campinagrandedosul.oxy.ejotech.com.br/iss/autenticar-documento-fiscal>**DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO**

Insc. Municipal: 00032905 CNPJ/CPF: 81.752.016/0001-52 Regime Fiscal: SIMPLES NACIONAL  
 Nome/Razão Social: MARCO AURELIO DOS SANTOS LTDA  
 Nome Fantasia: MARCO IMÓVEIS  
 Endereço: RODOVIA DO CAQUI, 890 - RECANTO VERDE Insc. Estadual: 0  
 Município/UF: CAMPINA GRANDE DO SUL - PR-PR CEP: 83.430-000  
 Fone/Fax: (41) 3679-2627 E-Mail: angela@szcontabilidade.com

**DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO**

Insc. Municipal: CNPJ/CPF: 76.279.975/0001-62 Insc. Estadual:  
 Nome/Razão Social: PREFEITURA DE MUNICIPAL DE INIFLOR  
 Endereço: AVENIDA DAS FLORES, 118 - CENTRO CEP: 87.640-000  
 Município/UF: Uniflor-PR E-Mail: ps\_oliveira@hotmail.com  
 Fone/Fax:

**DEFINIÇÃO DO SERVIÇO**

Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03: CNAE:  
 901 HOSPEDAGEM DE QUALQUER NATUREZA EM HOTEIS, APART HOTEIS, HOTEIS RESIDENCIA, RESIDENCE 5510801  
 SERVICE CONDOMINIAIS, FLAT, APART SERVICE, SUITE SERVICE, HOTELARIA MARITIMA, MOTEIS, PENSOES E  
 CONGENERES; OCUPACAO POR TEMPORADA COM FORNECIMENTO DE SERVIÇO (O VALO  
 Competência: Local da Prestação do Serviço: Situação da NFS-e: Natureza da Operação:  
 12/2023 CAMPINA GRANDE DO SUL - PR-PR EMITIDA TRIBUTAÇÃO NO MUNICIPIO

**DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO**

SERVIÇO DE HOSPEDAGEM- AUXILIAR DE ENDERMAGEM ELIANE MAGALHÃES DOS SANTOS

**ITENS DO SERVIÇO**

Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	PERIODO DE 05/12/2023 A 06/12/2023	1,00	90,00	0,00	90,00

**TRIBUTOS INCIDENTES**

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	2,73906	2,47000	Não
PIS	0,00000	0,00000	Não
COFINS	0,00000	0,00000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,00000	0,00000	Não
CSLL	0,00000	* 0,00000	Não
CPP	0,00000	0,00000	Não
Impostos Federais		0,00000	Não
Outras Retenções			

**TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL**

Base de Cálculo do ISSQN: 90,00 Valor Total Descontos: 0,00 Valor Total das Deduções: 0,00 Valor Líquido da NFS-e: 90,00 Valor Total da NFS-e: 90,00

NFS-E Nº  
5817

Recebemos de MARCO AURELIO DOS SANTOS LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.

DATA: / /

Assinatura:

---

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

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

**Creditado**

Nome ELIANE MAGALHAES SANTOS  
Agência 509-6  
Conta corrente 21578-3  
Valor 557,89  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN 13/12/2023 10:23:19  
JE734063 JOSE BASSI NETO 13/12/2023 10:46:06

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	Emitido em	Requisição N°	Empenho N°
<b>5859/2023</b>	18/12/2023		5127/2023

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	Matrícula	CPF/CNPJ
Fornecedor	1195-9	064.519.749-19
<b>ELIANE MAGALHAES DOS SANTOS</b>		Bairro
Endereço		
Rua, 593 - CASA'		
Cidade/UF	CEP	Fone
Uniflor/PR	87640-000	
		Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa	Saldo do empenho
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	R\$ 557,89
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Valor liquidado
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde	R\$ 557,89
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\$ 557,89

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
<b>6687</b>	21/12/2023	6721	5859/2023	5127/2023	

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 \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_ CPF/CNPJ \_\_\_\_\_

**ELIANE MAGALHAES DOS SANTOS** Matrícula **1195-9** CPF/CNPJ **064.519.749-19**  
 Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade/UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Uniflor/PR CEP **87640-000**

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\$ 557,89**

Outras informações \_\_\_\_\_

Retenções \_\_\_\_\_  
**Total de retenções R\$ 0,00**

**Valor líquido R\$ 557,89**

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	13/12/2023	R\$ 557,89

Recibo \_\_\_\_\_  
 Recebi do Prefeitura Municipal de Uniflor, a importância de Quinhentos e Cinquenta e Sete Reais e Oitenta e Nove Centavos, referente ao pagamento do empenho número 5127/2023.

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

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