



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número **5252/2023** Tipo **Ordinário** Emitido em **18/12/2023** Requisição Nº Req. Compra Nº

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 **JOSE APARECIDO BOCARITE** Matrícula **2640-9** CPF/CNPJ **677.688.579-68**

Endereço **RUA PROJETADA, 000000 - CASA** Bairro

Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa

08 DEPARTAMENTO DE SAUDE **Saldo anterior**

08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE **R\$ 5.914,55**

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\$ 5.635,61**

Outras informações

Histórico

DESPEZA EMPENHADA REFERENTE A MEIA DIARIA DO MOTORISTA DA SAUDE COM TRANSPORTE DE PACIENTES PARA JACAREZINHO

CENILDA GIBIN ROLES FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

D 26 .

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: JOSÉ APARECIDO BOCARITE

CARGO: MOTORISTA

C/C A SER CREDENCIADA : 6379-7 AGÊNCIA: 0509-6 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 DESTE ÓRGÃO E SEU AFASTAMENTO NÃO ACARRETÁRA PREJUÍZOS ADMINISTRATIVOS.

EM, 20/12/2023

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:

José Bassi Neto
Prefeito Municipal

Transferência entre contas diversas**Debitado**

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

Creditado

Nome JOSE APARECIDO BOCARITE
Agência 509-6
Conta corrente 6379-7
Valor 278,94
Destinação 0
Data Nesta data

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

21/12/2023 09:52:52

21/12/2023 09:54:54

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE734063 JOSE BASSI NETO.



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CNPJ 08.600.424/0001-07

RELATÓRIO DE VIAGEM DO MOTORISTA

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 José Napoleão Bocante motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte de paciente ao Hospital de olho Mate Romão na Cidade de Jacarezinho

Saí de Uniflor no dia 21/12/23 às 00:30.

Chegando ao destino as 05:15 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: 21/12/23 00:30 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: BCV - 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


MOTORISTA


Cenilda Gibio 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 **5883/2023** Emitido em **20/12/2023** Requisição N° _____ Empenho N° **5252/2023**

Licitação _____
Tipo _____ Número _____
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 _____
Fornecedor **JOSE APARECIDO BOCARITE** Matrícula **2640-9** CPF/CNPJ **677.688.579-68**
Endereço **RUA PROJETADA, 000000 - CASA** Bairro _____
Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa _____
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE **Saldo do empenho R\$ 278,94**
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE **Valor liquidado R\$ 278,94**
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde **Saldo a liquidar R\$ 0,00**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS
1800 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

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 _____
19/01/2024

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
6948	28/12/2023	6991	5883/2023	5252/2023	

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 **JOSE APARECIDO BOCARITE** Matrícula **2640-9** CPF/CNPJ **677.688.579-68**
Endereço **RUA PROJETADA, 000000 - CASA** Bairro _____

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 **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	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 5252/2023.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____