



# Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

## NOTA DE EMPENHO

Número	Tipo	Emitted em	Requisição Nº	Req. Compra Nº
<b>5251/2023</b>	Ordinário	18/12/2023		

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 CARLOS MARQUES ARNAUT**

Endereço

RUA CRISÂNTEMO, 59, S/N

Cidade/UF

Uniflor/PR

Matricula

2448-1

CPF/CNPJ

523.111.639-49

Bairro

CENTRO

CEP

87640-000

Fone

(44) 32701304

Tipo de conta bancária

Banco

Agência

Conta

Classificação da despesa

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

1800 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Do Exercício

Saldo anterior

R\$ 6.193,49

Valor empenhado

R\$ 278,94

Saldo atual

R\$ 5.914,55

Outras informações

Histórico

DSEPESA EMPENHADA REFERENTE A MEIA DIARIA DO MOTORISTA DA SAUDE 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: JOSE CARLOS MARQUES ARNAUT**

**CARGO: MOTORISTA**

**C/C A SER CREDENCIADA : 33511-8      AGÊNCIA: 0509-6      BANCO: BANCO DO BRASIL**

### DESTINO

**CIDADE: JACAREZINHO - PR**

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

**SAIDA :20/12/2023 – 01H00M      RETORNO A SEDE: 20/12/2023-17H00MIN**

**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, 19/12/2023

*Jose Carlos Marques Arnaut*  
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.

*Jose Carlos Marques Arnaut*  
Assinatura do Solicitante

DEFERIDO EM:

*[Assinatura]*  
Jose Bassi Neto  
Prefeito Municipal



---

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

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

**Creditado**

Nome JOSE C MARQUES ARNAUT  
Agência 509-6  
Conta corrente 33511-8  
Valor 278,94  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JF729416, LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN	21/12/2023 09:51:45
	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**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
CNPJ 08.600.424/0001-07

**RELATÓRIO DE VIAGEM DO MOTORISTA**

Uniflor, 20 de 12 de 2023.

**Para: José Bassi Neto – Prefeito**  
**Prefeitura Municipal de Uniflor**

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário José Carlos Brunaut motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte de paciente ao Hospital de velho Norte Rionegro na Cidade de Jacaranduba

Sai de Uniflor no dia 20/12/23 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: 20/12/23 00:30 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 20/12/23 16:00 horas.

Km Inicial: 144122 Tanque combustível início: —

Km Final: 144733 Tanque combustível final: —

VEÍCULO: Tan 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

José Carlos Brunaut  
MOTORISTA

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

<b>Número</b> 5882/2023	<b>Emitido em</b> 20/12/2023	<b>Requisição Nº</b>	<b>Empenho Nº</b> 5251/2023
----------------------------	---------------------------------	----------------------	--------------------------------

**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** JOSE CARLOS MARQUES ARNAUT **2448-1** **523.111.639-49**  
**Endereço** RUA CRISÂNTEMO, 59, S/N **Bairro** CENTRO  
**Cidade/UF** Uniflor/PR **CEP** 87640-000 **Fone** (44) 32701304 **Tipo de conta bancária** \_\_\_\_\_ **Banco** \_\_\_\_\_ **Agência** \_\_\_\_\_ **Conta** \_\_\_\_\_

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

**Outras informações** \_\_\_\_\_

<b>Retenções</b>	<b>Total de retenções</b>
	R\$ 0,00
	<b>Valor líquido</b>
	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 N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
<b>6947</b>	28/12/2023	6990	5882/2023	5251/2023	

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 CARLOS MARQUES ARNAUT** Matrícula **2448-1** CPF/CNPJ **523.111.639-49**

Endereço **RUA CRISÂNTEMO, 59, S/N** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone **(44) 32701304** 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 5251/2023.

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

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