



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número	Tipo	Emite em	Requisição Nº	Req. Compra Nº
5133/2023	Ordinário	12/12/2023		

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
MAGALI FELICIANO DA SILVA
Endereço
Rua, 313 - CASA

Matrícula
990-3
CPF/CNPJ
795.202.869-34
Bairro

Cidade/UF
Nova Esperança/PR
CEP
87600-000
Fone
2521075
Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa

08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	Saldo anterior
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	R\$ 1.772,20
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%) Do Exercício	Saldo atual
	R\$ 1.493,26

Outras informações

Histórico
DESPEZA EMPENHADA REFERENTE A MEIA DIARIA DA AUXILIAR DE ENFERMAGEM ONDE FOI A COMPANHAR UM PACIENTE PARA RETORNO DE CIRURGIA EM JACAREZINHO

CENILDA GIBIN ROELES FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

020-1

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: MAGALI FELICIANO DA SILVA

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMAGEM

C/C A SER CREDENCIADA : 20.931-7

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,

Magali Feliciano da Silva

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.

Magali Feliciano da Silva

Assinatura do Solicitante

DEFERIDO EM:

José Bassi Neto
Prefeito Municipal



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

RELATÓRIO DE VIAGEM DO MOTORISTA

Uniflor, 6 de Dezembro de 2023.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário Magali Telivano da Silva motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte de paciente ao Hospital de Olho Jacarezinho 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: 213
VEÍCULO: Van PLACA: BCU 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 acima.

gov.br

Documento assinado digitalmente
CENILDA GIBIN ROELES FERRI
Data: 07/12/2023 08:05:14 -0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

MOTORISTA

Magali Telivano da Silva

Cenilda Gibin Roeles Ferri
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Transferência entre contas diversas**Debitado**

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

Creditado

Nome MAGALI FELICIANO DA SILVA
Agência 509-6
Conta corrente 20931-7
Valor 278,94
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN	14/12/2023 15:07:23
	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 PAGAMENTO

Número	Data	Previsão N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
6688	21/12/2023	6722	5860/2023	5133/2023	

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 **MAGALI FELICIANO DA SILVA** Matrícula **990-3** CPF/CNPJ **795.202.869-34**
 Endereço **Rua, 313 - CASA** Bairro _____
 Cidade/UF **Nova Esperança/PR** CEP **87600-000** Fone **2521075** 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
 00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 112 - BB - CC: 9878 -7 - SAUDE Documento 12 Data 14/12/2023 Valor 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 5133/2023.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____