



# Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

## NOTA DE EMPENHO

Número **4494/2024** Tipo **Ordinário** Emitido em **12/11/2024** 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 **ANA LUCIA DE OLIVEIRA** Matrícula **1523-7** CPF/CNPJ **016.765.089-02**  
 Bairro

Endereço **RUA ORQUIDEA, 324 - CASA**  
 Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone **2701341** Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

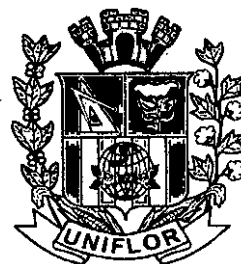
Classificação da despesa		Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE		R\$ 5.791,51
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde		R\$ 557,89
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Do Exercício		R\$ 5.233,62
		Saldo atual

Outras informações

Histórico  
 DESPESA EMPENHADA REFERENTE A UMA DIARIA DA AUXILIAR DE ENFERMAGEM ONDE FOI ACOMPANHAR PACIENTE PARA CURITIBA

PAULO JUNIOR DOS SANTOS  
 DIRETOR DIVISAO CC-3

123.



## PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

### REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: ANA LUCIA DE OLIVEIRA

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMAGEM

C/C A SER CREDENCIADA: 33147-8

AGÊNCIA: 0718

BANCO: SICREDI

### DESTINO

CIDADE: CURITIBA - PARANÁ

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: ACOMPANHAMENTO NO TRANSPORTE DE PACIENTE PARA REALIZAR PROCEDIMENTO DE CONSULTAS MÉDICAS E AVALIAÇÃO/EXAMES MÉDICOS, NO HOSPITAL SOCIEDADE HOSPITALAR ANGELINA CARON DA CIDADE DE CURITIBA-PARANÁ.

SAIDA: 12/11/2024 - 18h00min RETORNO A SEDE: 13/11/2024- 20h30min

QUILOMETRAGEM: 488 km

NÚMERO DE DIARIAS: 1 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTE: VEICULO DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE – PREFEITURA MUNICIPAL

### RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DA DIARIA: R\$ 557,89

VALOR TOTAL: R\$ 557,89

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,

*Ana Lucia Oliveira*

SOLICITANTE

*Patricio*

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.

*Ana Lucia Oliveira*

Assinatura do Solicitante

DEFERIDO EM:

*Jose Bassi Neto*  
Jose Bassi Neto  
Prefeito Municipal



# PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

## DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CNPJ 08.600.424/0001-07

### RELATÓRIO DE VIAGEM DO FUNCIONÁRIO (A)

Uniflor/Pr, 14 de 10 de 2024.

PREFEITURA M. DE UNIFLOR  
DEPTO. ADMINISTRATIVO

De: Departamento de Saúde  
Para: José Bassi Neto – Prefeito  
Prefeitura Municipal de Uniflor

PROTOCOLO Nº 5990  
DATA 19/11/2024

[Assinatura]  
FUNCIONÁRIO

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário Ana Lícia de Oliveira lotado (a) no Departamento de Saúde, realizada no acompanhamento do paciente ao Hospital Angelina Caron na Cidade de Ouritiba - PR.

Saí de Uniflor no dia 12/11/24 às 17:00.

Chegando ao destino as 00:30 horas.

Deixei o paciente e me dirigi ao hotel as 07:00 horas.

Fui Comunicado as 09:00 horas que o (a) paciente teve alta, fazendo check out no hotel.

Cheguei novamente ao hospital as 09:00 horas, peguei o (a) paciente e retornei para Uniflor.



Dados da Viagem:	
Dia e horário da Saída de Uniflor:	<u>12/11/24</u> <u>17:00</u> horas.
Dia e horário do Retorno a Uniflor:	<u>13/11/24</u> <u>17:21</u> horas.
Km Inicial: <u>14581</u>	Tanque combustível início: <u>414</u>
Km Final: <u>15625</u>	Tanque combustível final: <u>114</u>
VEÍCULO: <u>Outroem</u>	PLACA: <u>SFE-9D30</u>

### 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

Ana Lícia de Oliveira  
FUNCIONÁRIO (A)

[Assinatura]  
Paulo Júnior dos Santos  
DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE

	<b>MUNICIPIO DE CAMPINA GRANDE DO SUL</b>		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica	
	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FINANÇAS E PLANEJAMENTO</b> BENTO MUNHOZ DA ROCHA, 30 - 83430000 - CENTRO - CAMPINA GRANDE DO SUL - PR - PR		Número: 6773 Data Prestação: 13/11/2024 Autenticidade: 643310209	
Núm. do RPS:	Série do RPS:	Tipo do RPS:	Emissão RPS:	

**SITE AUTENTICIDADE:** <https://campinagrandedosul.oxy.elotech.com.br/iss/autenticar-documento-fiscal>

<b>DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO</b>			
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	

<b>DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO</b>			
Insc. Municipal:	CNPJ/CPF: 016.765.089-02	Insc. Estadual:	
Nome/Razão Social: ANA LUCIA DE OLIVEIRA Endereço: RUA ORQUIDEA, 324 - CENTRO			
Município/UF: Uniflor-PR		CEP: 87.640-000	
Fone/Fax: (44) 9915-8238		E-Mail:	

<b>DEFINIÇÃO DO SERVIÇO</b>			CNAE:
Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03: 901 HOSPEDAGEM DE QUALQUER NATUREZA EM HOTEIS, APART HOTEIS, HOTEIS RESIDENCIA, RESIDENCE SERVICE CONDOMINIAIS, FLAT , APART SERVICE , SUITE SERVICE , HOTELARIA MARITIMA, MOTEIS, PENSÕES E CONGENERES; OCUPACAO POR TEMPORADA COM FORNECIMENTO DE SERVIÇO (O VALO			5510801
Competência: 11/2024	Local da Prestação do Serviço: CAMPINA GRANDE DO SUL - PR-PR	Situação da NFS-e: EMITIDA	Natureza da Operação: TRIBUTAÇÃO NO MUNICIPIO

<b>DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO</b>			
HOSPDAGEM			

<b>ITENS DO SERVIÇO</b>					
Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	DIARIA DE 12/11/2024 A 13/11/2024	1,00000	115,00	0,00	115,00

<b>TRIBUTOS INCIDENTES</b>			
Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	3,22717	3,71000	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	0,00000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

<b>TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL</b>				
Base de Cálculo do ISSQN: 115,00	Valor Total Descontos: 0,00	Valor Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido da NFS-e: 115,00	Valor Total da NFS-e: 115,00

NFS-E Nº 6773	Recebemos de MARCO AURELIO DOS SANTOS LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico.	
DATA: / /	Assinatura: <i>Ana Lucia Oliveira</i>	





# Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **4923/2024** Emitido em **14/11/2024** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Empenho Nº **4494/2024**

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 **ANA LUCIA DE OLIVEIRA** Matrícula **1523-7** CPF/CNPJ **016.765.089-02**  
Endereço **RUA ORQUIDEA, 324 - CASA** Bairro \_\_\_\_\_  
Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone **2701341** Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa \_\_\_\_\_  
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE **Saldo do empenho R\$ 557,89**  
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE **Valor liquidado R\$ 557,89**  
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde **Saldo a Liquidar R\$ 0,00**  
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS  
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Outras informações \_\_\_\_\_  
Retenções \_\_\_\_\_  
**Total de retenções R\$ 0,00**  
**Valor líquido R\$ 557,89**

Servidor que autorizou a liquidação \_\_\_\_\_  
**30320 - PAULO JUNIOR DOS SANTOS**

Vencimento da liquidação \_\_\_\_\_  
**14/12/2024**

Histórico \_\_\_\_\_

---

**DOC ou TED Eletrônico**

**Debitado**

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

**Creditado**

Banco 748 BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.  
Agência (sem DV) 718 SICREDI MARINGA  
Conta corrente (com DV) 331478  
CPF 016.765.089-02  
Nome favorecido ANA LUCIA DE OLIVEIRA  
Finalidade CREDITO EM CONTA  
Número documento 111.304  
Valor 557,89  
Destinação 0  
Data transferência 13/11/2024  
"C" - CNPJ diferente  
Autenticação SISBB 9E0898E80A8A9422

---

Assinada por	JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN	13/11/2024 15:00:45
	JE734063 JOSE BASSI NETO	13/11/2024 15:03:44

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°
<b>5540</b>	14/11/2024	5587	4923/2024	4494/2024	

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 **ANA LUCIA DE OLIVEIRA** Matrícula **1523-7** CPF/CNPJ **016.765.089-02**  
 Endereço **RUA ORQUIDEA, 324 - CASA** Bairro \_\_\_\_\_  
 Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone **2701341** Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa \_\_\_\_\_  
 1650 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 **R\$ 557,89**

Outras informações \_\_\_\_\_

Retenções \_\_\_\_\_  
 Total de retenções **R\$ 0,00**  
 Valor líquido **R\$ 557,89**

Servidor que autorizou o pagamento \_\_\_\_\_  
 30320 - PAULO JUNIOR DOS SANTOS  
 Recursos \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_  
 00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 112 - BB - CC: 9878 -7 - SAUDE 111304 14/11/2024 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 4494/2024.

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

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