



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número **3147/2024** Tipo **Ordinário** Emitido em **05/08/2024** 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 **EDIVALDO DE OLIVEIRA** Matrícula **5766-5** CPF/CNPJ **027.808.719-11**
Endereço **VL RURAL, 13 - CHACARA ESPERANÇA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone _____ Tipo de conta bancária _____ Banco _____ Agência _____ Conta _____

Classificação da despesa		Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE		R\$ 20.296,55
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde		R\$ 278,94
3.3.90.14.14.02 SERVIDORES COMISSIONADOS		
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Do Exercício		R\$ 20.017,61

Outras informações _____

Histórico _____
DESPESA EMPNHAD REFERENTE A MEIA DIARIA DO MOTORISTA DA SAUDE COM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA JACAREZINHO PARANA

CENILDA GIBIN ROELES FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

23



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: EDIVALDO DE OLIVEIRA

CARGO: MOTORISTA

C/C A SER CREDENCIADA CORRENTE: 39.084-4 AGÊNCIA: 0509-6 BANCO: BANCO DO BRASIL

DESTINO

CIDADE: JACAREZINHO - PARANÁ

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE PARA PROCEDIMENTO DE CONSULTAS MÉDICAS E PROCEDIMENTO DE CIRURGIA DE CATARATAS NO OLHO, NO HOSPITAL DO OLHO NORTE PIONEIRO DA CIDADE DE JACAREZINHO-PARANÁ.

SAIDA: 08/08/2024 – 23h45min

RETORNO A SEDE: 09/08/2024-14h30min

NÚMERO DA DIARIA: 1/2 DIARIA

MEIO DE TRANSPORTE: VEICULO DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DA MEIA DIARIA: R\$ 278,94

VALOR TOTAL DA MEIA DIARIA: 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,

Edivaldo de Oliveira

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.

Edivaldo de Oliveira

Assinatura do Solicitante

DEFERIDO EM:

[Assinatura]
José Bassi Neto
Prefeito Municipal



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **3466/2024** Emitido em **08/08/2024** Requisição N° _____ Empenho N° **3147/2024**

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 **EDIVALDO DE OLIVEIRA** Matrícula **5766-5** CPF/CNPJ **027.808.719-11**
Endereço **VL RURAL, 13 - CHACARA ESPERANÇA** Bairro **CENTRO**
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 _____
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE R\$ 278,94
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde Valor liquidado _____
3.3.90.14.14.02 SERVIDORES COMISSIONADOS R\$ 278,94
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Saldo a liquidar _____
R\$ 0,00

Outras informações _____
Retenções _____
Total das retenções _____
R\$ 0,00
Valor líquido _____
R\$ 278,94

Servidor que autorizou a liquidação _____
30320 - PAULO JUNIOR DOS SANTOS

Vencimento da liquidação _____
07/09/2024

Histórico _____



Transferência entre contas diversas

Debitado

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

Creditado

Nome EDIVALDO DE OLIVEIRA
Agência 509-6
Conta corrente 39084-4
Valor 278,94
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN	08/08/2024 09:17:58
	JE734063 JOSE BASSI NETO	08/08/2024 09:21:38

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 Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
4010	14/08/2024	4024	3466/2024	3147/2024	

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 **EDIVALDO DE OLIVEIRA** Matrícula **5766-5** CPF/CNPJ **027.808.719-11**
 Endereço **VL RURAL, 13 - CHACARA ESPERANÇA** Bairro **CENTRO**
 Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone _____ 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
 3.3.90.14.14.02 SERVIDORES COMISSIONADOS **Valor R\$ 278,94**

Outras informações _____

Retenções
 Total de retenções **R\$ 0,00**
 Valor líquido **R\$ 278,94**

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 08 08/08/2024 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 3147/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____