



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número	Tipo	Emitido em	Requisição Nº	Req. Compra Nº
3621/2024	Ordinário	17/09/2024		

Licitação	Número
Sem licitação	

Contrato/Aditivo	Aditivo	Início da vigência	Fim da vigência	Fim da vig. atualizada	Início da execução	Fim da execução	Fim da exe. atualizada

Credor	Matricula	CPF/CNPJ
Fornecedor	5766-5	027.808.719-11
EDIVALDO DE OLIVEIRA		
Endereço		Bairro
VL RURAL, 13 - CHACARA ESPERANÇA		CENTRO
Cidade/UF	CEP	Fone
Uniflor/PR	87640-000	
		Tipo de conta bancária
		Banco Agência Conta

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	R\$ 12.765,09
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde	Valor empenhado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	R\$ 278,94
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
Do Exercício	R\$ 12.486,15

Outras informações

Histórico

DESPESA EMPENHADA REFERENTE A MEIA DIARIA DO MOTORISTA DA SAUDE COM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA JACAREZINHO NO HOSPITAL DOS OLHOS NORTE PIONEIRO

PAULO JUNIOR DOS SANTOS
DIRETOR DIVISAO CC-3

105

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 - PARARÁ

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE PARA PROCEDIMENTO DE CONSULTAS E REALIZAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS, NO HOSPITAL DE OLHOS DO NORTE PIONEIRO, NA CIDADE DE JACAREZINHO-PARANÁ.

SAIDA: 19/09/2024 – 23h45min

RETORNO A SEDE: 20/09/2024-14h30min

NÚMERO DE DIARIA: 1/2 DIARIA

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

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 DESTA ÓRGÃO E SEU AFASTAMENTO NÃO ACARRETÁRA PREJUÍZOS ADMINISTRATIVOS.

EM

Edivaldo de Oliveira

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.

Edivaldo de Oliveira

Assinatura do Solicitante

DEFERIDO EM:

José Bassi Neto
José Bassi Neto
Prefeito Municipal

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	20/09/2024 14:14:29
	JE734063 JOSE BASSI NETO	20/09/2024 14:21:08

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, 23 de 09 de 2024.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário Edivaldo de Oliveira, motorista lotado no Departamento de Saúde, realizada no transporte de paciente ao hospital do Olho Norte Renúcio na Cidade de Jacarezinho - PR.

Sai de Uniflor no dia 20/09/24 às 08:00 horas.

Chegando ao destino as - : - 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 13 : 00 horas, peguei o (a) paciente e retornei para Uniflor.

Dados da Viagem:

Dia e horário de Saída de Uniflor: 20/09/24 08:00 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 20/09/24 16:30 horas.

Km Inicial: 12992 Tanque combustível início: 3/4

Km Final: 13508 Tanque combustível final: cheio

VEÍCULO: Spin

PLACA: SFE-9D29.

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

Edivaldo de Oliveira
MOTORISTA

Paulo Junior dos Santos
PAULO JUNIOR DOS SANTOS
DIRETOR 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 **3999/2024** Emitido em **20/09/2024** Requisição Nº _____ Empenho Nº **3621/2024**

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 **R\$ 278,94**
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE Valor liquidado **R\$ 278,94**
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS Saldo à liquidar **R\$ 0,00**
1650 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
30320 - PAULO JUNIOR DOS SANTOS

Vencimento da liquidação
20/10/2024

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
4607	25/09/2024	4609	3999/2024	3621/2024	

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
 3.3.90.14.14.01 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: _____
 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	300844	25/09/2024	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 3621/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____