



# Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

## NOTA DE EMPENHO

Número **2726/2024** Tipo **Ordinário** Emitido em **17/07/2024** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Req. Compra Nº \_\_\_\_\_

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 **ELIANE MAGALHAES DOS SANTOS** Matrícula **1195-9** CPF/CNPJ **064.519.749-19**  
Endereço **Rua, 593 - CASA'** Bairro \_\_\_\_\_  
Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone \_\_\_\_\_ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa \_\_\_\_\_  
**08 DEPARTAMENTO DE SAUDE** Saldo anterior \_\_\_\_\_  
**08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE** R\$ 23.085,99  
**10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde** Valor empenhado \_\_\_\_\_  
**3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS** R\$ 557,89  
**1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)** Saldo atual \_\_\_\_\_  
**Do Exercício** R\$ 22.528,10

Outras informações \_\_\_\_\_

Histórico \_\_\_\_\_  
DESPESA EMPENHADA REFERENTE A UMA DIARIA DO MOTORISTA DA SAUDE COM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA O HOSPITAL ANGELINA CARON DE CURITIBA

CENILDA GIBIN ROELES FERRI  
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

81

## PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

### REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: ELIANE MAGALHÃES DOS SANTOS

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMAGEM

C/C A SER CREDENCIADA: 21.578-3

AGÊNCIA: 0509-6

BANCO: BANCO DO BRASIL

### DESTINO

CIDADE: CURITIBA-PARANÁ

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: ACOMPANHAMENTO NO TRANSPORTE DE PACIENTE PARA RETORNO DE CONSULTAS MÉDICAS PARA REALIZAR PROCEDIMENTO DE TRANSPLANTE NO HOSPITAL SOCIEDADE HOSPITALAR ANGELINA CARON DA CIDADE DE CURITIBA-PARANÁ.

SAIDA : 23/07/2024 – 18h00min RETORNO A SEDE: 24/07/2024- 21h30min

QUILOMETRAGEM: 459 km

NÚMERO DE DIARIAS: 1 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTE: HB 20 PLACA RHU-9D15– DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

### 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,

*Eliane M. dos Santos*

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.

*Eliane M. dos Santos*

Assinatura do Solicitante

DEFERIDO EM:

*[Assinatura]*  
José Bassi Neto  
Prefeito Municipal



# PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

## DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CNPJ 08.600.424/0001-07

### RELATÓRIO DE VIAGEM DO FUNCIONÁRIO (A)

PREFEITURA M. DE UNIFLOR Uniflor, 23 de 07 de 2024.  
DEPTO. ADMINISTRATIVO

PROTOCOLO Nº 572

Para: José Bassi Neto – Prefeito

DATA 26/07/2024

Prefeitura Municipal de Uniflor

Paulo Junior dos Santos  
FUNCIONÁRIO

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário (a) Elaine M. dos Santos, motorista do Departamento de Saúde, realizada no acompanhamento do paciente ao Hospital Angelina Baron, na Cidade de Curitiba - PR.

Sai de Uniflor no dia 23/07/24 às 16:00.

Chegando ao destino as 00:00 horas.

Deixei o paciente e me dirigi ao hotel as 08:00 horas.

Fui Comunicado as 10:00 horas que o (a) paciente teve alta, fazendo check out no hotel.

Cheguei novamente ao hospital as 10:20 horas, peguei o (a) paciente e retornei para Uniflor.

#### Dados da Viagem:

Dia e horário de Saída de Uniflor: 23/07/24 16:00 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 24/07/24 18:00 horas.

Km Inicial: 128391 Tanque combustível início: cheio

Km Final: 129574 Tanque combustível final: cheio

VEÍCULO: HB 20



PLACA: RUV-9D15

#### 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

Elaine M. dos Santos  
FUNCIONÁRIO (A)

Paulo Junior dos Santos  
PAULO JUNIOR DOS SANTOS  
DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE

	<b>MUNICIPIO DE CAMPINA GRANDE DO SUL</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FINANÇAS E PLANEJAMENTO</b> BENTO MUNHOZ DA ROCHA, 30 - 83430000 - CENTRO - CAMPINA GRANDE DO SUL - PR - PR	Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Número: <b>6458</b> Data Prestação: <b>24/07/2024</b> Autenticidade: <b>703768832</b>	
	Núm. do RPS:      Série do RPS:      Tipo do RPS:      Emissão RPS:		

**SITE AUTENTICIDADE:** <https://campinagrandedosul.oxy.elotech.com.br/lss/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 Município/UF: CAMPINA GRANDE DO SUL - PR-PR      CEP: 83.430-000 Fone/Fax: (41) 3679-2627      E-Mail: angela@szcontabilidade.com	Insc. Estadual: 0

<b>DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO</b>	
Insc. Municipal:      CNPJ/CPF: 064.519.749-19      Insc. Estadual: Nome/Razão Social: ELIANE MAGALHÃES SANTOS Endereço: R: ORQUIDEA, 336 - CENTRO Município/UF: Uniflor-PR      CEP: 87.640-000 Fone/Fax: (44) 99723-8273      E-Mail:	

<b>DEFINIÇÃO DO SERVIÇO</b>	
Item da Lista de Serviços da LC nº 118/03: 901 HOSPEDAGEM DE QUALQUER NATUREZA EM HOTEIS, APART HOTEIS, HOTEIS RESIDENCIA, RESIDENCE SERVICE CONDOMINIAIS, FLAT, APART SERVICE, SUITE SERVICE, HOTELARIA MARITIMA, MOTEIS, PENSOES E CONGENERES; OCUPACAO POR TEMPORADA COM FORNECIMENTO DE SERVIÇO (O VALO	CNAE: 5510801
Competência: 7/2024      Local da Prestação do Serviço: CAMPINA GRANDE DO SUL - PR-PR      Situação da NFS-e: EMITIDA      Natureza da Operação: TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO	

<b>DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO</b>
SERVIÇO DE HOSPEDAGEM

<b>ITENS DO SERVIÇO</b>					
Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	DIÁRIA 23/07/2024 À 24/07/2024	1,00000	125,00	0,00	125,00

<b>TRIBUTOS INCIDENTES</b>			
Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	3,07902	3,85000	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: 125,00	Valor Total Descontos: 0,00	Valor Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido da NFS-e: 125,00	Valor Total da NFS-e: 125,00

NFS-E Nº <b>6458</b>	Recebemos de MARCO AURELIO DOS SANTOS LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal eletrônico. DATA:      Assinatura: <i>Eliane M. dos Santos</i>
----------------------	---





# Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número	Emitido em	Requisição N°	Empenho N°
<b>3317/2024</b>	31/07/2024		2726/2024

Licitação  
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  
Fornecedor **ELIANE MAGALHAES DOS SANTOS**

Endereço  
Rua, 593 - CASA'

Cidade/UF  
Uniflor/PR

Matricula  
1195-9

CPF/CNPJ  
064.519.749-19

Barro

CEP  
87640-000

Fone

Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

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

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  
30/08/2024

Histórico



---

### Transferência entre contas diversas

#### Debitado

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

#### Creditado

Nome ELIANE MAGALHAES SANTOS  
Agência 509-6  
Conta corrente 21578-3  
Valor 557,89  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN	23/07/2024 14:36:00
	JE734063 JOSE BASSI NETO	23/07/2024 14:39:10

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°
3775	31/07/2024	3813	3317/2024	2726/2024	

**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 **ELIANE MAGALHAES DOS SANTOS** Matrícula **1195-9** CPF/CNPJ **064.519.749-19**  
 Endereço Rua, 593 - CASA' Bairro \_\_\_\_\_

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\$ 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 07	23/07/2024	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 2726/2024.

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

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