

37109



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
3622/2024	Ordinário	17/09/2024		

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: **ELIANE MAGALHAES DOS SANTOS**
Matricula: 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		Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE		R\$ 12.486,15
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde		R\$ 278,94
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		R\$ 12.207,21
Do Exercício		

Outras informações

Histórico
DESPESA EMPENHADA REFERENTE A MEIA DIARIA DA AUXILIAR DE ENFERMAGEM ONDE FOI A COMPANHAR PACIENTE PARA GUARAPUAVA NO HOSPITAL REGIONAL DO CENTRO OESTE

PAULO JUNIOR DOS SANTOS
DIRETOR DIVISAO CC-3

104



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: ELIANE MAGALHAES DOS SANTOS

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMAGEM

C/C A SER CREDENCIADA: 21578-3 AGÊNCIA: 0509-6 BANCO: BANCO DO BRASIL

DESTINO

CIDADE: GUARAPUAVA-PARANÁ

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: ACOMPANHAMENTO DE EMERGÊNCIA NO TRANSPORTE DE PACIENTE PARA PROCEDIMENTO DE CONSULTAS E AVALIAÇÕES MÉDICAS, ONDE O PACIENTE FICARA INTERNADO EM OBSERVAÇÃO, NO HOSPITAL REGIONAL DO CENTRO-OESTE NA CIDADE DE GUARAPUAVA-PARANÁ.

SAÍDA: 16/09/2024 – 15h30min RETORNO A SEDE: 17/09/2024- 04h30min

QUILOMETRAGEM: 346,3 km

NÚMERO DE MEIA DIARIA: 1/2 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTE: VEÍCULO DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE-PREFEITURA MUNICIPAL

RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DA MEIA 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,

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)

Uniflor, 18 de 09 de 2024.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário Guilherme M. dos Santos do Departamento de Saúde, realizada no acompanhamento do paciente ao Hospital Regional do Centro-Oeste na Cidade de Guarapuava - PR.

Sai de Uniflor no dia 16/09/24 às 15:00.

Chegando ao destino às 20:00 horas.

Deixei o paciente e me dirigi ao hotel as 20:40 horas.

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

Cheguei novamente ao hospital as 22:00 horas, peguei o (a) paciente e retornei para Uniflor.

Dados da Viagem:

Dia e horário de Saída de Uniflor: 16/09/24 15:00 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 17/09/24 08:12 horas.

Km Inicial: 93843. Tanque combustível início: cheio

Km Final: 94566 Tanque combustível final: Reserva

VEÍCULO: DUCATO
AMBULANCIA

PLACA: BDK-2H47

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

Guilherme M. dos Santos
FUNCIONÁRIO (A)

Paulo Junior dos Santos
DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE

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 278,94
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN	20/09/2024 14:13:17
	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 - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **3991/2024** Emitido em **20/09/2024** Requisição Nº _____ Empenho Nº **3622/2024**

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 _____
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**
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **R\$ 278,94**
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\$ 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 N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
4601	25/09/2024	4603	3991/2024	3622/2024	

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\$ 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 215783 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 3622/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____