

20109



### Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

CNPJ: 78279975000162 IE:  
Endereço: Av. das Flores, 118 CEP: 87640000 Cidade: Uniflor  
Fone: Fax:

### NOTA DE EMPENHO

<b>Número</b> 3623/2024	<b>Tipo</b> Ordinário	<b>Emitido em</b> 17/09/2024	<b>Requisição Nº</b>	<b>Req. Compra Nº</b>
----------------------------	--------------------------	---------------------------------	----------------------	-----------------------

**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: **JOSE APARECIDO BOCARITE** Matrícula: 2640-9 CPF/CNPJ: 677.688.579-68  
 Endereço: RUA PROJETADA, 000000 - 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	R\$ 12.207,21
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Valor empenhado	R\$ 557,89
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde	Saldo atual	R\$ 11.649,32
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Do Exercício		

**Outras informações**

**Histórico**  
 DESPESA EMPENHADA REFERENT A UMA DIARIA DO MOTORISTA DA SAUDE COM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA CURITIBA NO HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER

PAULO JUNIOR DOS SANTOS  
 DIRETOR DIVISAO CC-3

107

**PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR**

**REQUERIMENTO DE DIARIAS**

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: JOSE APARECIDO BOCARITE

CARGO: MOTORISTA

C/C A SER CREDENCIADA: 6379-7      AGÊNCIA: 0509-6      BANCO: BANCO DO BRASIL

**DESTINO**

CIDADE: CURITIBA-PARANÁ

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE PARA PROCEDIMENTO DE CONSULTAS E AVALIAÇÕES MÉDICAS, NO HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER NA CIDADE DE CURITIBA-PARANÁ.

SAIDA: 19/09/2024 – 18h00min      RETORNO A SEDE: 20/09/2024- 20h30min

QUILOMETRAGEM: 488 km

NÚMERO DE DIÁRIA: 1 DIÁRIA

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

**RECURSOS SOLICITADOS**

VALOR DA MEIA 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.

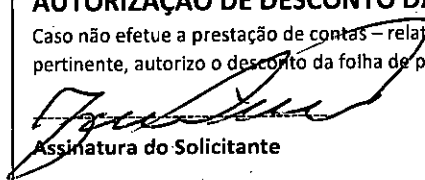
EM,

  
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.

  
Assinatura do Solicitante

DEFERIDO EM:

  
José Bassi Neto  
Prefeito Municipal

**Transferência entre contas diversas**

**Debitado**

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

**Creditado**

Nome JOSE APARECIDO BOCARITE  
Agência 509-6  
Conta corrente 6379-7  
Valor 557,89  
Destinação 0  
Data \* Nesta data

---

Assinada por JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN 20/09/2024 14:13:43  
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, 26 de 09 de 2024.

Para: José Bassi Neto – Prefeito  
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário José Ap. Bocante motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte de paciente, ao Hospital Infantil Waldemar Maranhão na Cidade de Quatzen - PR.

Sai de Uniflor no dia 19/09/24 às 19:00.

Chegando ao destino as 00:30 horas.

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

Fui Comunicado as 13:00 horas que o (a) paciente teve alta, fazendo check out no hotel.

Cheguei novamente ao hospital as 13:30 horas, peguei o (a) paciente e retornei para Uniflor.

#### Dados da Viagem:

Dia e horário de Saída de Uniflor: 19/09/24 19:00 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 20/09/24 20:00 horas.

Km Inicial: 156066 Tanque combustível início: cheio

Km Final: 157066 Tanque combustível final: 3/4


VEÍCULO: HB 200

PLACA: RAU-9016

#### 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

  
MOTORISTA

  
Paulo Junior dos Santos  
DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE



# PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

Av. Das Flores, 118 - UNIFLOR - PR - CEP 87640-000 - TEL. (44) 3270-1150

SECRETARIA DE CONTROLE SAÚDE DEPARTAMENTO

## DIÁRIO DE BORDO

Veículo	Placas		HORÁRIO 24 Horas	Km Inicial	Tanque de combustível início	Destino	Km final	HORÁRIO 24 Horas	Mês Referência	Setembro	2024	Motorista responsável nome legível
	2020	2021										
	2020	2021										
12	7:00	154005	1/2	154165	1300	MANINCA	154165	1300	CHEIO	SIM	MIO	
13	8:00	154165	CHEIO	154165	1800	NOVA ESP	154165	1800	CHEIO	NAO	MIO	
14	9:00	154832	CHEIO	154952	7:30-	MANINCA	154952	7:30-	CHEIO	SIM	MIO	
15	7:00	154957	CHEIO	155108	11:30	MANINCA	155108	11:30	CHEIO	NAO	MIO	
16	13:00	155109	3/4	155184	14:00	COLONATO	155184	14:00	CHEIO	NAO	MIO	
16	14:00	155184	CHEIO	155224	15:00	NOVA ESP	155224	15:00	CHEIO	SIM	MIO	
16	16:00	155224	CHEIO	155308	17:10	COLONATO	155308	17:10	CHEIO	NAO	MIO	
17	05:00	155309	CHEIO	155320	13:30	ARAPONGAS	155320	13:30	CHEIO	NAO	MIO	
17	13:40	155333	3/4	155365	-	NOVA ESP	155365	-	CHEIO	NAO	MIO	
17	17:17	155565	1/2	155708	19:40	NOVA ESP	155708	19:40	CHEIO	NAO	MIO	
18	8:30	155710	1/2	155839	12:00	MANINCA	155839	12:00	CHEIO	SIM	MIO	
18	14:00	155898	CHEIO	155853	15:20	MANINCA	155853	15:20	CHEIO	NAO	MIO	
19	8:37	155954	3/4	156036	9:44	COLORADO	156036	9:44	CHEIO	SIM	DAVIDS	
19	17:10	156036	3/4	156066	19:00	NOVA ESP	156066	19:00	CHEIO	SIM	FECA	
19	19:00	156066	CHEIO	157066	20:00	CURITIBA	157066	20:00	CHEIO	N	FECA	
21	14:00	157066	1/2	157195	16:00	MIRA	157195	16:00	CHEIO	S	FECA	
22	15:30	157198	CHEIO	157332	16:10	MANINCA	157332	16:10	CHEIO	NAO	MIO	



# Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **4008/2024** Emitido em **23/09/2024** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Empenho Nº **3623/2024**

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 **JOSÉ APARECIDO BOCARITE** Matrícula **2640-9** CPF/CNPJ **677.688.579-68**  
Endereço **RUA PROJETADA, 000000 - 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 **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 \_\_\_\_\_  
**23/10/2024**

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°
<b>4609</b>	25/09/2024	4611	4008/2024	3623/2024	

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: **JOSE APARECIDO BOCARITE** Matrícula: 2640-9 CFF/CNPJ: 677.688.579-68  
 Endereço: RUA PROJETADA, 000000 - 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 63797	25/09/2024	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 3623/2024.

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

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



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Número da Nota  
19106  
Data e Hora de Emissão  
20/09/2024 11:22:44  
Código de Verificação  
8S0TB801

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

**Razão Social:** HOTEL PIEMONT LTDA  
**CPF / CNPJ:** 03.428.264/0001-39 **Inscrição Municipal:** 09 01 0392891-1  
**Endereço:** SETE DE SETEMBRO, 002590 - COMPLEMENTO: TR - **Tel.:** 41 - 32229868  
BAIRRO: BATEL - CEP: 80230010  
**Município:** CURITIBA **UF:** PR **Email:** fiscal@pratescontabilidade.com.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE UNIFLOR  
**CPF / CNPJ:** 08.600.424/0001-07 **IMU:** **Outro Doc.:**  
**Endereço:** ROSA, 361 - BAIRRO: CENTRO - CEP: 87640000  
**Município:** Uniflor **UF:** PR **Email:**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

1 DIARIA (JOSE APARECIDO BOCARITE)  
VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS: R\$ 12,14 (10,12%), COM BASE NA LEI 12.741/2012  
  
Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 120,00

**VALOR TOTAL DA NOTA - R\$120,00**

**Código da Atividade**

09 - 01 - Hospedagem de qualquer natureza em hotéis, apart-service condominiais, flat, apart-hotéis, hotéis residência, residence-service, suite service, hotelaria marítima, motéis, pensões e congêneres; ocupação por temporada com fornecimento de serviço (o valor da alimentação e gorjeta, quando incluído no preço da diária, fica sujeito ao Imposto Sobre Serviços).

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	120,00	3,29	3,94	0,00

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 73/2009.  
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.  
Não gera direito a crédito fiscal de IPI.