

1311



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número 4486/2024	Tipo Ordinário	Emitido em 09/11/2024	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: **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

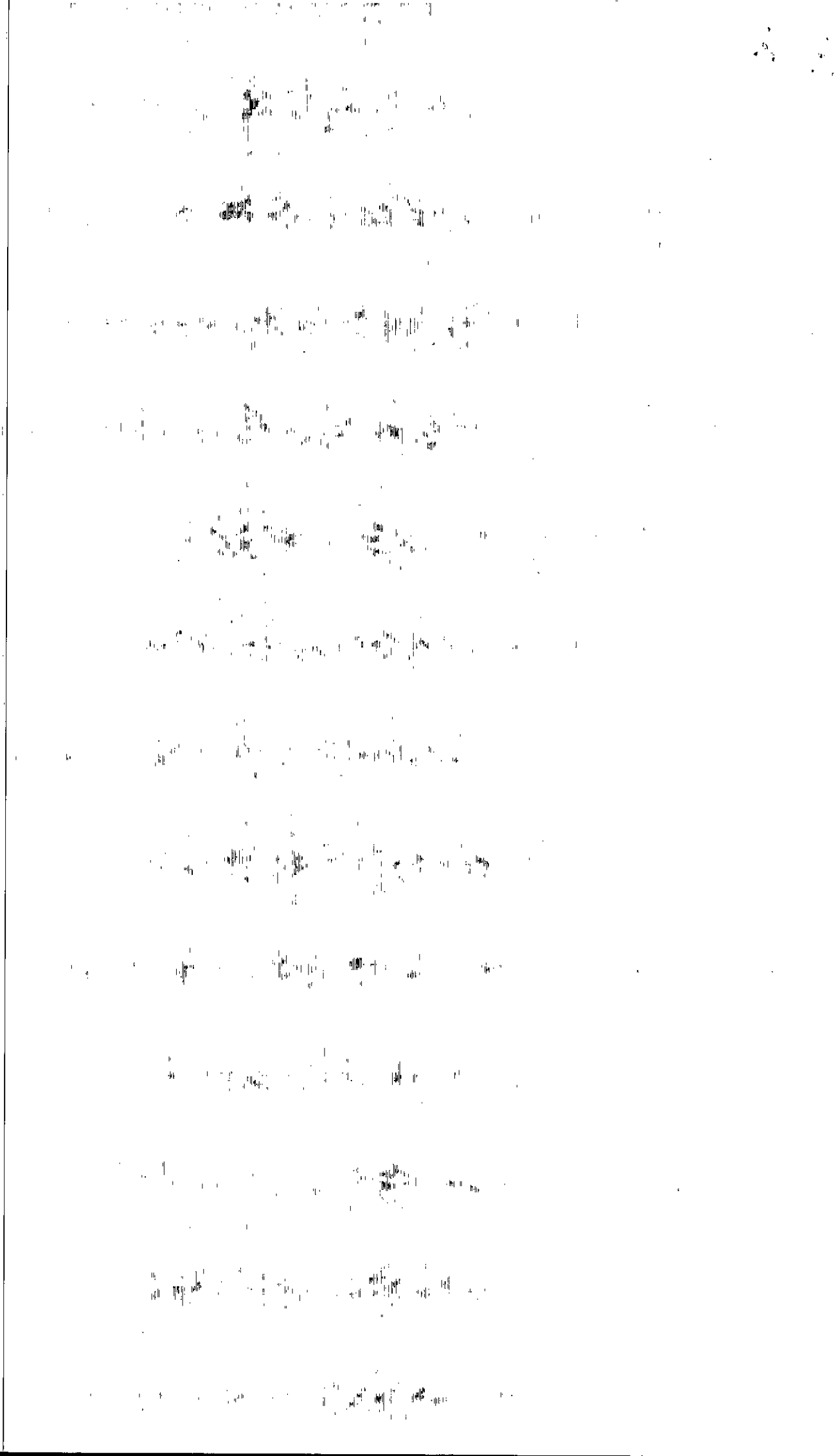
Classificação da despesa		Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE		R\$ 6.907,28
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde		R\$ 278,94
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		R\$ 6.628,34
Do Exercício		

Outras informações: _____

Histórico: _____
 DESPESA EMPENHADA REFERENTE A MEIA DIARIA DO MOTORISTA DA SAUDE COM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA GUARAPUAVA

 PAULO JUNIOR DOS SANTOS
 DIRETOR DIVISAO CC-3

127





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: GUARAPUAVA-PARANÁ

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE PARA PROCEDIMENTO DE CONSULTAS MÉDICAS E REALIZAÇÃO DE EXAMES/AVALIAÇÕES MÉDICAS, NO HOSPITAL REGIONAL DE GUARAPUAVA NA CIDADE DE GUARAPUAVA-PARANÁ.

SAIDA: 09/11/2024 - 12h00min RETORNO A SEDE: 10/11/2024 - 12h30min

QUILOMETRAGEM: 346 km

NÚMERO DE DIARIAS: 1/2 DIÁRIA

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

RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DE MAIA 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,

SOLICITANTE



DIRETOR DO DEPARTAMENTO

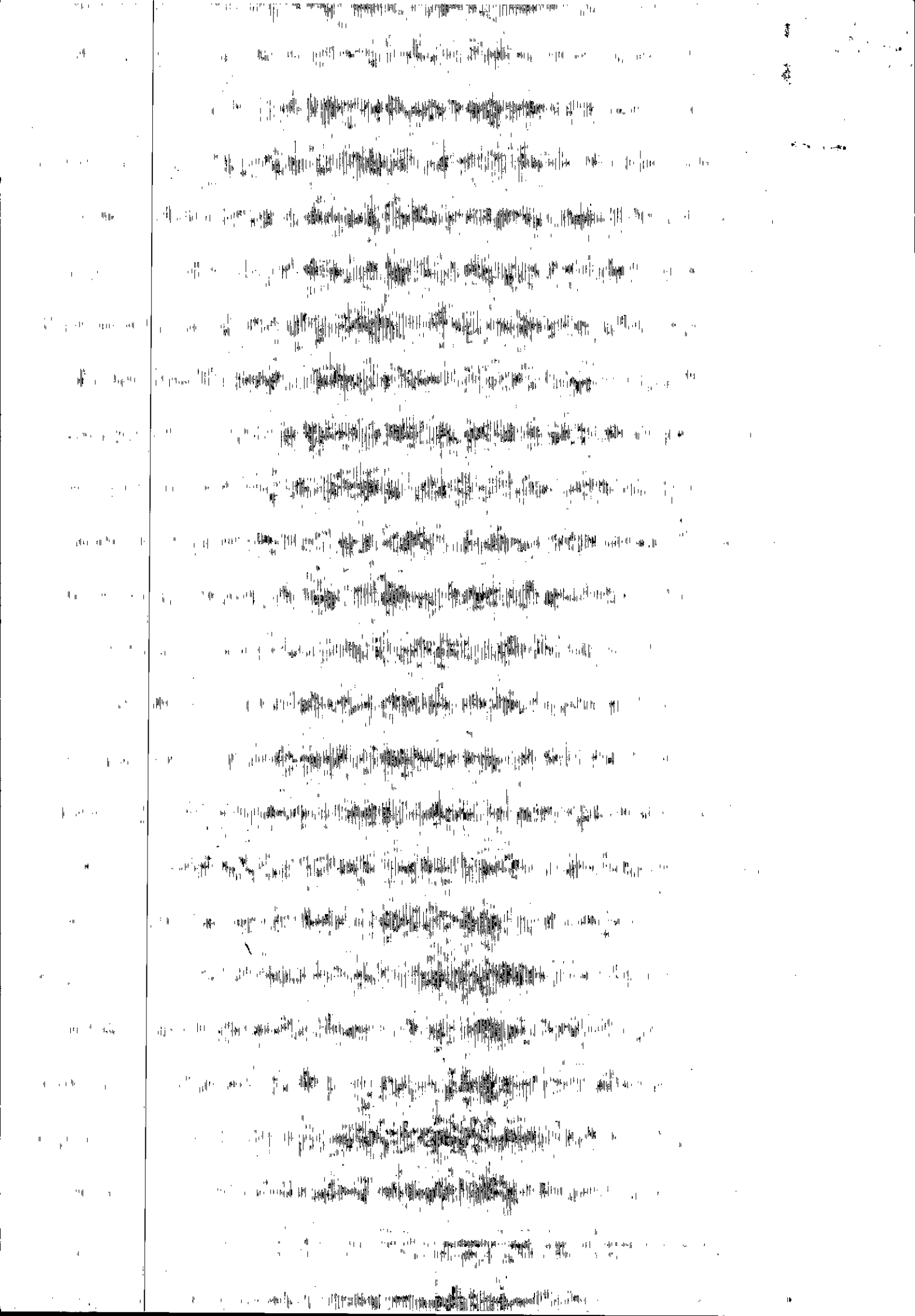
AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO DA FOLHA

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CNPJ 08.600.424/0001-07

RELATÓRIO DE VIAGEM DO MOTORISTA

PREFEITURA M. DE UNIFLOR

DEPTO. ADMINISTRATIVO

Uniflor/Pr, 11 de 11 de 2024.

De: Departamento de Saúde

PROTOCOLO Nº 6010

Para: José Bassi Neto – Prefeito

DATA 25/11/2024

Prefeitura Municipal de Uniflor

[Assinatura]
FUNÇÃOÁRIO

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário José Manoel do Boacate, motorista lotado no Departamento de Saúde, realizada no transporte de paciente ao hospital Regional de Guarapuava na Cidade de Guarapuava-PR.

Saí de Uniflor no dia 09/11/24 às 12:00.

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 - : - horas, peguei o (a) paciente e retornei para Uniflor.

Dados da Viagem:

Dia e horário da Saída de Uniflor: 09/11/24 12:00 horas.

Dia e horário do Retorno a Uniflor: 10/11/24 00:45 horas.

Km Inicial: 13732 Tanque combustível início: 3/4

Km Final: 14431 Tanque combustível final: Renova

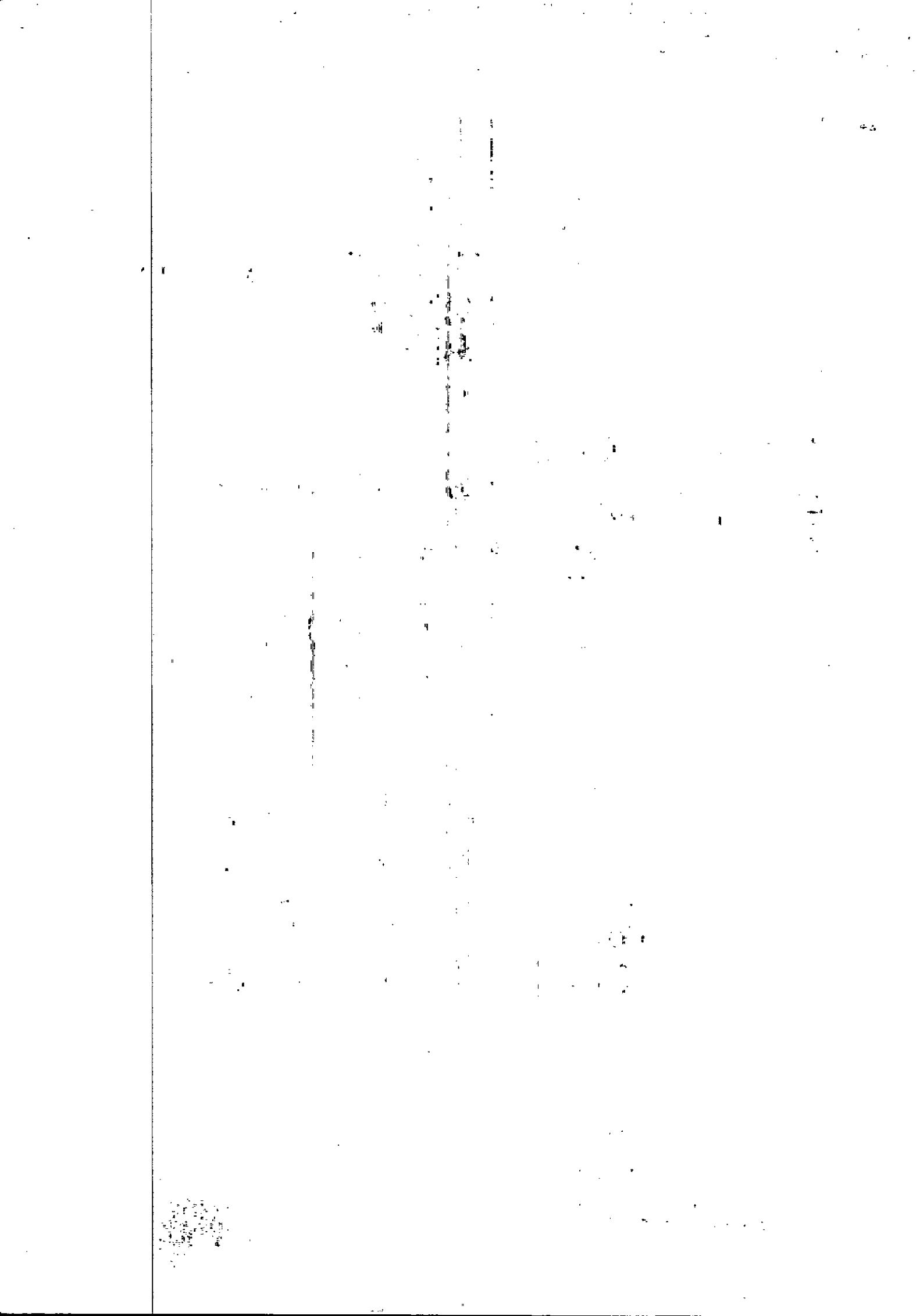
VEÍCULO: Outreen PLACA: 3FE-9D30

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

[Assinatura]
MOTORISTA

[Assinatura]
PAULO JUNIOR DOS SANTOS
DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE





PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

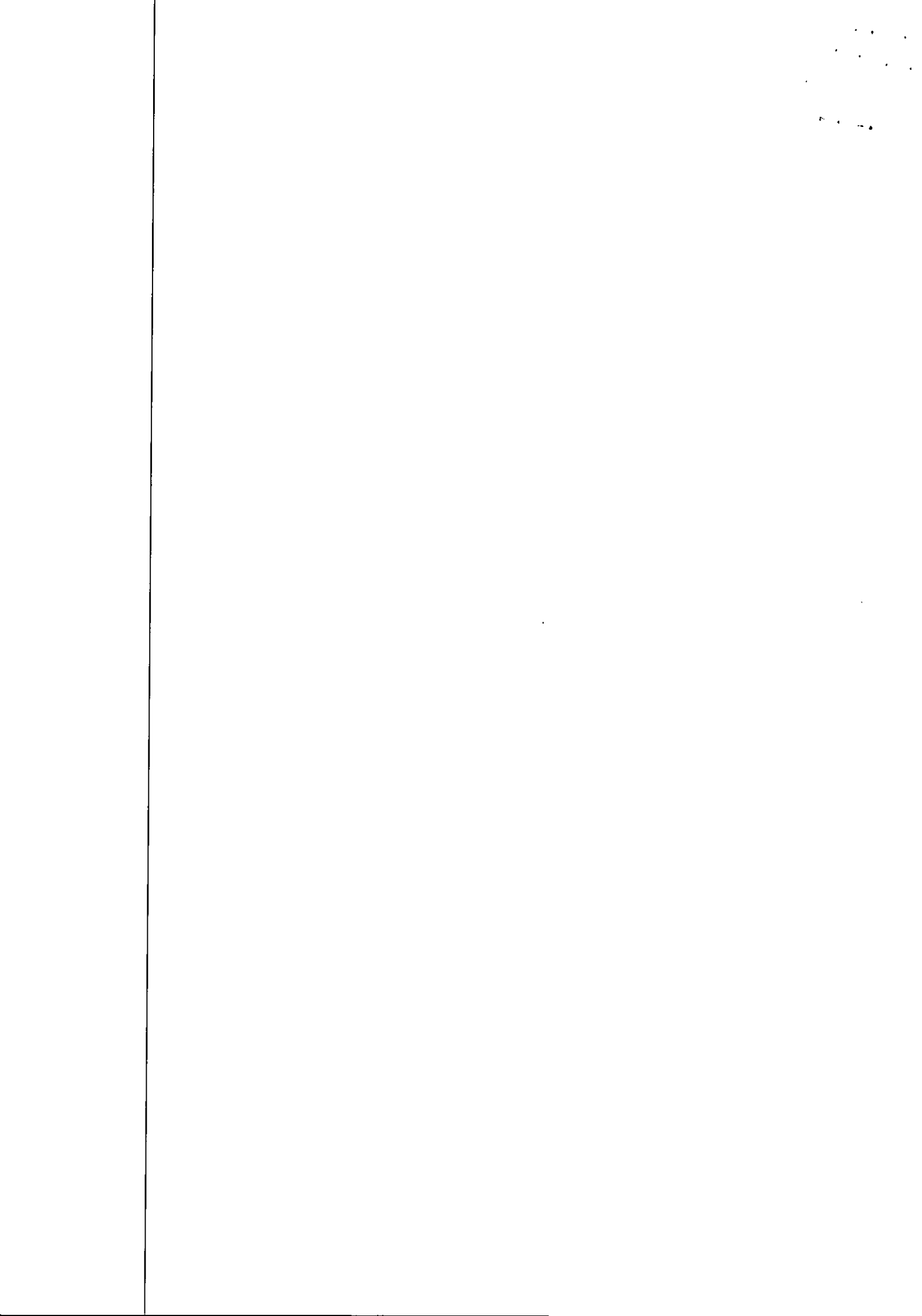
Av. Das Flores, 118 - UNIFLOR - PR - CEP 87640-000 - TEL. (44) 3270-1150

SECRETARIA DE CONTROLE

SAÚDE

DEPARTAMENTO

CITROEN		DIÁRIO DE BORDO										DEPARTAMENTO	
Placas	SFE	HORÁRIO 24 Horas	Km Inicial	Tanque de combustível litros	Destino	Km final	HORÁRIO 24 Horas	Mês Referência	Secretaria Responsável	Nome Referível	Nome Referível	Nome Referível	Nome Referível
01	0900	13.266		cheio	UNI/10V	13.266	09:00	cheio	noje	noje	noje	noje	2004
04	4:50	13.270		cheio	Arapongas	13.465	09:30	3/4	N.	N.	Carlinhos	Carlinhos	2004
05	8:00	13.466		3/4	Maringá	13.543	13:00	cheio	Sina	Sina	Josilany	Josilany	
08	8:00	13.588		CHEIO	MARINCA	13.726	13:41	CHEIO	MAO	MAO	MING	MING	
09	10:00	13.732		3/4	MARINCA	14.131	00:45	RESERVA	"	"	ZEZEL	ZEZEL	
10	8:00	14.432		RESERVA	MAINCA	14.578	12:40	CHEIO	SINA	SINA	MIAO	MIAO	
12	17:00	14.581		1/4	Uniflor	15.111	17:21	1/4	MIC	MIC	Carlinhos	Carlinhos	
13	8:00	15.160		1/2	Uniflor	15.625	17:21	1/4	MIC	MIC	Carlinhos	Carlinhos	
14	9:30	15.625		"	N:Esp.	15.656	10:25	"	NÃO	NÃO	Carlinhos	Carlinhos	
14	16:00	15.658		1/4	N:Esp.	15.886	16:35	1/4	"	"	DAVID	DAVID	
18	19:30	15.686		1/4	N:Esp.	15.721	16:50	cheio	S	S	Carlinhos	Carlinhos	
19	08:00	15.721		CHEIO	Arapongas	16.285	15:30	1/4	N.	N.	Carlinhos	Carlinhos	
19	19:00	16.265		1/4	N:Esp.	16.314	20:00	CHEIO	SINA	SINA	ZECA	ZECA	
19	20:00	16.314		CHEIO	Maringá	16.430	23:40	1/4	"	"	ZECA	ZECA	
21	13:30	16.434		1/4	MARINCA	16.553	16:00	1/4	N	N	Carlinhos	Carlinhos	
22	8:40	16.556		"	Uniflor	16.567	09:00	3/4	N	N	Carlinhos	Carlinhos	





Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número 4972/2024	Emitido em 21/11/2024	Requisição Nº	Empenho Nº 4486/2024
----------------------------	---------------------------------	----------------------	--------------------------------

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: **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		Saldo do empenho
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE		R\$ 278,94
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde		Valor liquidado R\$ 278,94
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		Saldo a liquidar R\$ 0,00

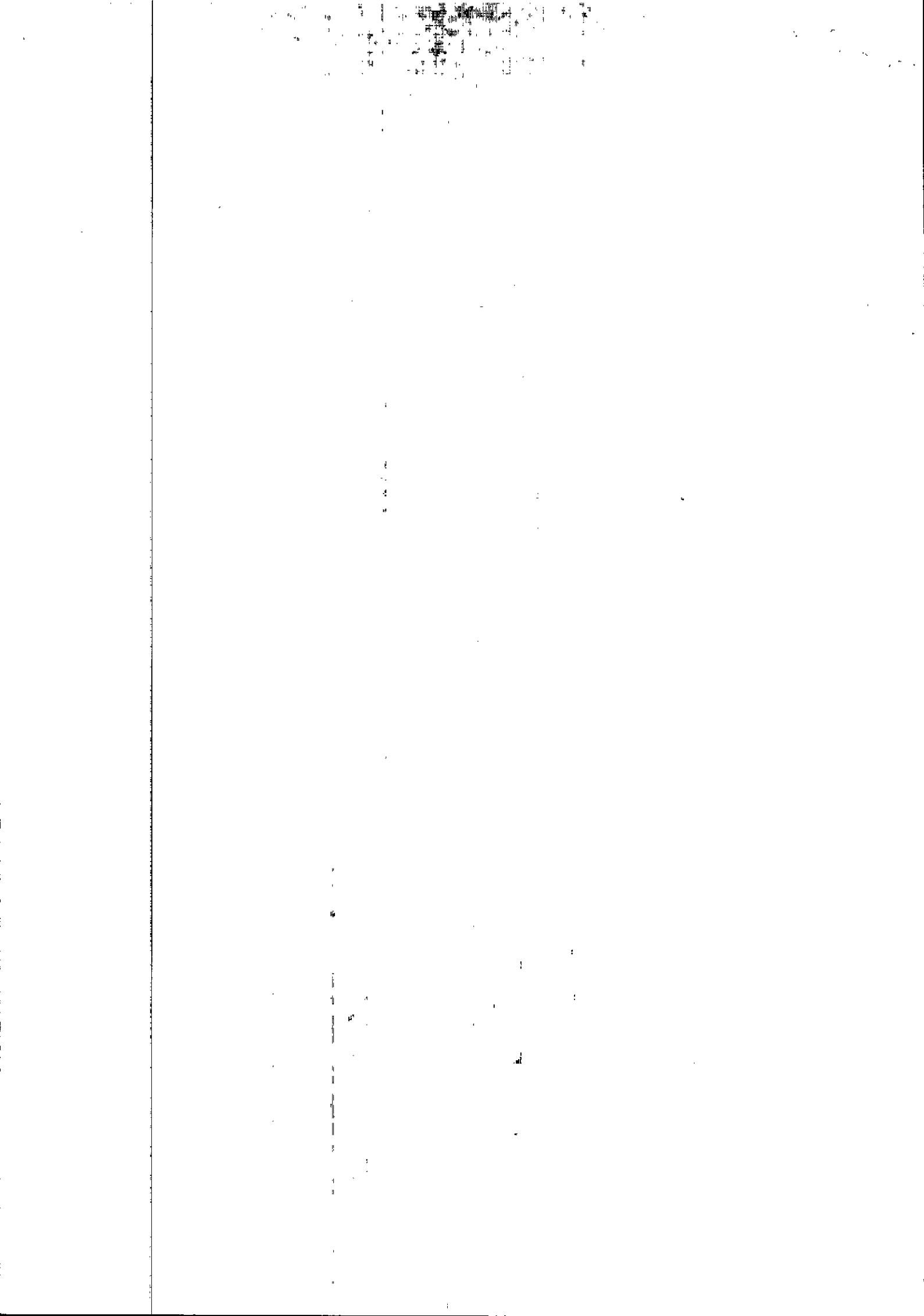
Outras informações

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

Servidor que autorizou a liquidação
30320 - PAULO JUNIOR DOS SANTOS

Vencimento da liquidação
21/12/2024

Histórico





Transferência entre contas diversas

Debitado

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

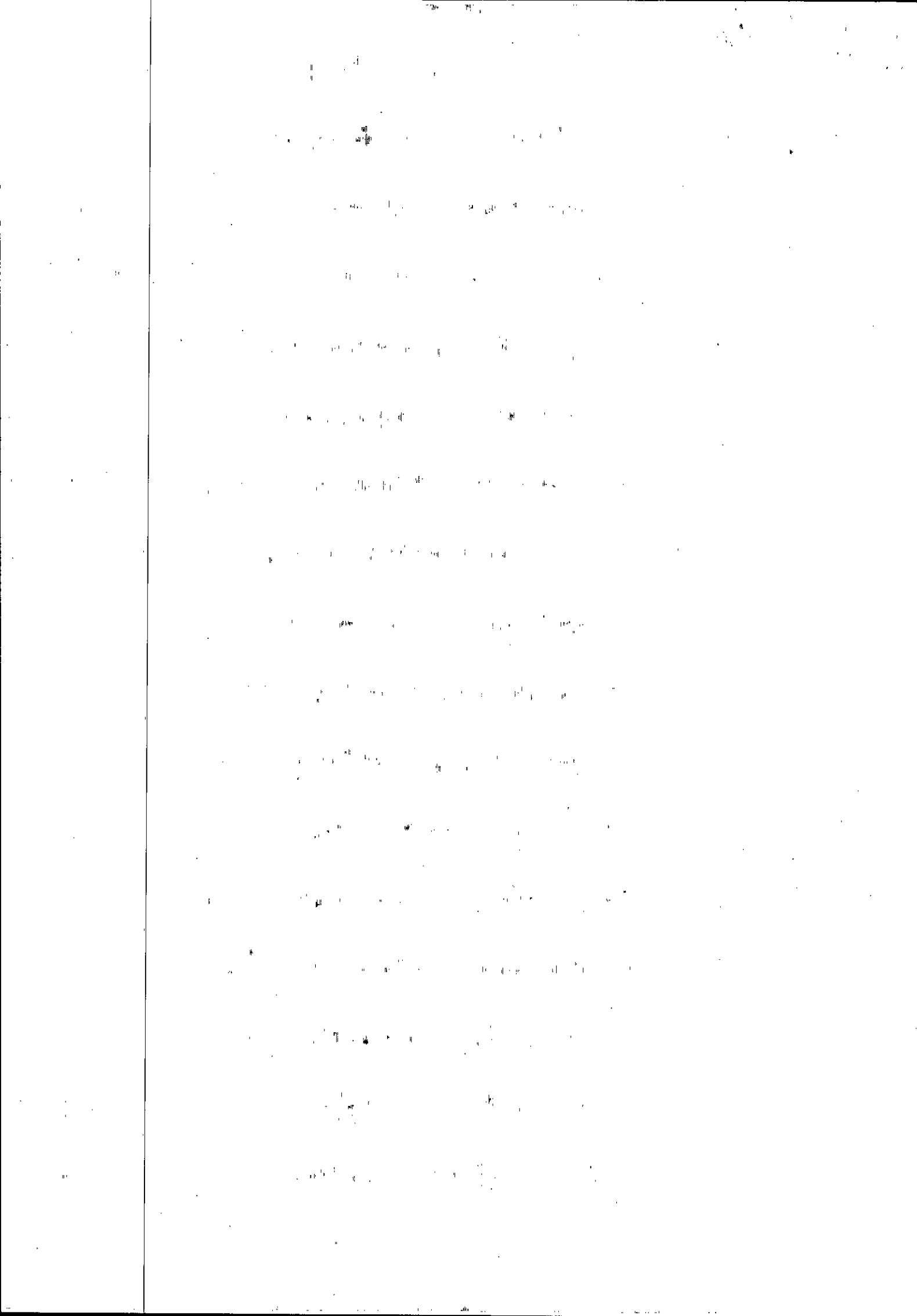
Creditado

Nome JOSE APARECIDO BOCARITE
Agência 509-6
Conta corrente 6379-7
Valor 278,94
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN	13/11/2024 14:50:42
	JE734063 JOSE BASSI NETO	13/11/2024 15:03:44

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
5656	21/11/2024	5657	4972/2024	4486/2024	

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** 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 _____
 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 **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 63797 21/11/2024 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 4486/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____

