

20/1091



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número 3634/2024	Tipo Ordinário	Emitido em 19/09/2024	Requisição Nº	Req. Compra Nº
----------------------------	-------------------	--------------------------	---------------	----------------

Licitação	Número
Tipo 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
Sequência Contrato							

Credor	Matrícula	CPF/CNPJ
Fornecedor JOSE CARLOS MARQUES ARNAUT	2448-1	523.111.639-49
Endereço RUA CRISÂNTEMO, 59, S/N		Bairro CENTRO
Cidade/UF Uniflor/PR	CEP 87640-000	Fone (44) 32701304
		Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	R\$ 11.370,38
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\$ 11.091,44

Outras informações

Histórico

DESPESA EMPENHADA REFERENTE A MEIA DIARIA DO MOTORISTA DA SAUDE COM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA GUARAPUAVA NO HOSPITAL REGIONAL CENTRO OESTE

PAULO JUNIOR DOS SANTOS
DIRETOR DIVISAO CC-3



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: JOSE CARLOS MARQUES ARNAUT

CARGO: MOTORISTA

C/C A SER CREDENCIADA: 33511-8 AGÊNCIA: 0509-6 BANCO: BANCO DO BRASIL

DESTINO

CIDADE: GUARAPUAVA-PARANÁ

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE QUE TEVE ALTA, ONDE O MESMO SE ENCONTRAVA INTERNADO, QUE REALIZOU PROCEDIMENTO DE CIRURGIA, NO HOSPITAL REGIONAL CENTRO-OESTE NA CIDADE DE GUARAPUAVA-PARANÁ.

SAIDA: 19/09/2024 – 14h00min RETORNO A SEDE: 20/09/2024- 02h30min

QUILOMETRAGEM: 346 km

NÚMERO DE DIARIAS: 1/2 DIÁRIA

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

RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DA 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



Transferência entre contas diversas

Debitado

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

Creditado

Nome JOSE C MARQUES ARNAUT
Agência 509-6
Conta corrente 33511-8
Valor 278,94
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN	20/09/2024 14:12:49
	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, 20 de 09 de 2024.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário José Carlos M. Amant, motorista lotado no Departamento de Saúde, realizada no transporte de paciente ao hospital Regional do Benthia - Dente na Cidade de Guaranhara - PR.

Sai de Uniflor no dia 19/09/24 às 14:00.

Chegando ao destino as 19:30 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 20 : 30 horas, peguei o (a) paciente e retornei para Uniflor.

Dados da Viagem:

Dia e horário de Saída de Uniflor: 19/09/24 14:00 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 20/09/24 02:00 horas.

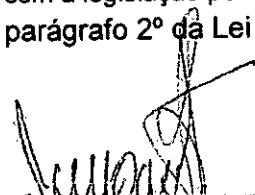
Km Inicial: 5361 Tanque combustível início: cheio

Km Final: 6064 Tanque combustível final: Quase

VEÍCULO: Citroen PLACA: SFE-91030

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

Veículo	CITROEN		DIÁRIO DE BORDO					Mês Referência		SECRETARIO RESPONSÁVEL	Mês Referência	Mônitoria Responsável nome legível
	Placas	SFE	HORARIO 24 Horas	Km Inicial	Km Final	Destino	Km final	HORARIO 24 Horas	Secretario Responsável	Horário mediometro		
Q/A			Horario de combustível inicial									
06			14:33	3202	3202	Uniflor	3202	14:33	cheio	nao	AJB	
06			15:00	3202	3225	Marambaia	3225	19:00	11	11	F.C.A.	
09			17:00	3225	3439	repet	3439	18:40	1/2	N.S	Carlinhos	
10			17:00	3439	3469	N.ESP.	3469	06:30	11.	N.S	karlo	
11			8:00	3469	3512	N.ESP.	3512	9:45	cheio	S	Carlinhos	
11			10:00	2512	3600	Colapade	3600	12:15	4/4	N.	Carlinhos	
11			12:20	3600	3684	Colapade	3684	14:00	4/4	N.	Carlinhos	
12			08:00	3635	3710	N.ESP.	3710	9:30	4/4	N.	Carlinhos	
12			13:00	3710	3803	Colapade	3803	14:30	3/4	11.	Carlinhos	
13			14:00	3803	3835	N.ESP.	3835	15:00	11	N.A.S	karlo	
13			15:30	3835	3861	N.ESP.	3861	16:00	11	N.S	Toulo PC	
12			18:18	3861	3948	Colapade	3948	21:00	11	N	F.C.A.	
13			7:00	3948	4088	M. ANINHA	4088	15:00	cheio	S.M.A	MIMO	
13			14:40	4088	4175	Colapade	4175	16:20	4/4	N.	Carlinhos	
14			16:20	4175	4410	P.B. do Sul	4410	00:00	MIMO	N	Carlinhos Euseo	
18			9:30	4410	5245	Uniflor	5245	16:25	1/2	N	Carlinhos Euseo	
14			8:30	5245	5328	Colapade	5328	10:00	1/4	N.	Carlinhos Euseo	
19			11:00	5328	5361	N.ESP.	5361	11:25	cheio	cheio	DAVIDS	
19			14:00	5361	5400	Quarapuru	5400	08:00	Reserva	10 Litros	Carlinhos	



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **4000/2024** Emitido em **20/09/2024** Requisição Nº _____ Empenho Nº **3634/2024**

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 CARLOS MARQUES ARNAUT** Matrícula **2448-1** CPF/CNPJ **523.111.639-49**
Endereço **RUA CRISÂNTEMO, 59, S/N** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone **(44) 32701304** 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 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 das 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°
4608	25/09/2024	4610	4000/2024	3634/2024	

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 CARLOS MARQUES ARNAUT** Matrícula **2448-1** CPF/CNPJ **523.111.639-49**

Endereço **RUA CRISÂNTEMO, 59, S/N** Bairro **CENTRO**

Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone **(44) 32701304** 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 335118 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 3634/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____