



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
2821/2024	Ordinário	29/07/2024		

Licitação	Número
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		Matricula	CPF/CNPJ
Fornecedor		2640-9	677.688.579-68
Endereço			Bairro
RUA PROJETADA, 000000 - CASA			
Cidade/UF	CEP	Fone	Tipo de conta bancária Banco Agência Conta
Uniflor/PR	87640-000		

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	R\$ 20.854,44
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\$ 557,89
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
Do Exercício	R\$ 20.296,55

Outras informações

Histórico

DESPESA EMPENHAD REFERENTE A UMA DIARIA DO MOTORISTA DA SAUDE COM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA CAMPO LARGO

CENILDA GIBIN ROELES FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

221



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: CAMPO LARGO-PARANÁ

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE PARA PROCEDIMENTO DE CONSULTAS E AVALIAÇÕES MÉDICAS EM RETORNO EM ORTOPEDIA NO HOSPITAL DO ROCCIO NA CIDADE DE CAMPO LARGO-PARANÁ.

SAIDA: 31/07/2024 - 18h00min RETORNO A SEDE: 01/08/2024 - 21h30min

QUILOMETRAGEM: 459 km

NÚMERO DE DIARIAS: 1 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTE: HB 20-DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DE 01 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



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CNPJ 08.600.424/0001-07

RELATÓRIO DE VIAGEM DO MOTORISTA

Uniflor, 02 de 08 de 2024.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário José Ap. Bocaniti, motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte de paciente ao Hospital do Rocio na Cidade de Campo Largo-PR.

Saí de Uniflor no dia 31/07/24 às 15:00.

Chegando ao destino as 20:00 horas.

Deixei o paciente e me dirigi ao hotel as 06:00 horas.

Fui Comunicado as 12:00 horas que o (a) paciente teve alta, fazendo check out no hotel.

Cheguei novamente ao hospital as 12:00 horas, peguei o (a) paciente e retornei para Uniflor.

Dados da Viagem:

Dia e horário de Saída de Uniflor: 31/07/24 15:00 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 01/08/24 20:00 horas.

Km Inicial: 144.319 Tanque combustível início: cheio


Km Final: 145.234 Tanque combustível final: 1/2

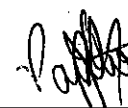
VEÍCULO: HB 20

PLACA: RHU-9015

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 - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número	Emitido em	Requisição Nº	Empenho Nº
3318/2024	31/07/2024		2821/2024

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		Saldo do empenho
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE		R\$ 557,89
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		Valor liquidado
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde		R\$ 557,89
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		Saldo a liquidar
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		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 JOSE APARECIDO BOCARITE
Agência 509-6
Conta corrente 6379-7
Valor 557,89
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por JE734063 JOSE BASSI NETO 31/07/2024 11:20:01
JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN 31/07/2024 13:59:51

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN.



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°
3776	31/07/2024	3814	3318/2024	2821/2024	

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\$ 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 31/07/2024 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 2821/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____ / ____ / ____