

05104



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número 1312/2024	Tipo Ordinário	Emitido em 05/04/2024	Requisição Nº	Req. Compra Nº
----------------------------	-------------------	--------------------------	---------------	----------------

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 ANA LUCIA DE OLIVEIRA	Matricula 1523-7	CPF/CNPJ 016.765.089-02
Endereço RUA ORQUIDEA, 324 - CASA	Bairro	

Cidade/UF Uniflor/PR	CEP 87640-000	Fone 2701341	Tipo de conta bancária	Banco	Agência	Conta
-------------------------	------------------	-----------------	------------------------	-------	---------	-------

Classificação da despesa		Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE		R\$ 33.406,91
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%) Do Exercício		Saldo atual
		R\$ 33.127,97

Outras Informações

Histórico
DESPEZA EMPENHADA REFERENTE A MEIA DIARIA DA TECNICO DE ENFERMAGEM ONDE FOI ACOMPANHAR PACIENTE PARA JACAREZINHO PARANA

CENILDA GIBIN ROELES FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

29

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

016.765.081-02

NOME DO SERVIDOR: ANA LUCIA DE OLIVEIRA

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMAGEM

C/C A SER CREDENCIADA: 33147-8

AGÊNCIA: 0718

BANCO: SICREDI

DESTINO

CIDADE: JACAREZINHO-PR

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: ACOMPANHAMENTO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE PARA, REALIZAR PROCEDIMENTO DE CIRURGIA DE CATARATAS E CONSULTAS MÉDICAS NO HOSPITAL REGIONAL DO OLHO, NA CIDADE DE JACAREZINHO-PR.

SAIDA: 04/04/2024 – 23h45min

RETORNO A SEDE: 05/04/2024 - 15h00min

QUILOMETRAGEM: 278 km

NÚMERO DE DIARIA: 1/2 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTE: DUCATO VAN– DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

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,

Ana Lucia Oliveira

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.

Ana Lucia Oliveira

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, 05 de 04 de 2024.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário Ana Lucia de Oliveira do Departamento de Saúde, realizada no acompanhamento do paciente ao Hospital do Ilho na Cidade de Joaquim - PR.

Sai de Uniflor no dia 04/04/24 às 23:45.

Chegando ao destino às —:— 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 de Saída de Uniflor: 04/04/24 23:45 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 05/04/24 15:30 horas.

Km Inicial: / Tanque combustível início: /

Km Final: / Tanque combustível final: /

VEÍCULO: / PLACA: /

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

Ana Lucia Oliveira
FUNCIONÁRIO (A)

Cenilda Gibin Roeles Ferri
DIRETORA 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		Placas		DIÁRIO DE BORDO						Mês Referência	2024	
Sprinter		BBR	6543							ABRIL		
										Secretaria Responsável	SAÚDE	
DIA	HORARIO 24 Horas	Km inicial	Tanque de combustível início	Destino	Km final	HORARIO 24 Horas	Tanque de combustível final	Houve recebimento	Motorista responsável nome legível			
01	08:27	151480	3/4	UNIFLOR	151480	08:22	3/4	nao	JB			
02		151658							EDI			
02	15:00	151658	1/2	M.ESP.	151.685	19:00	cheio	SIM	J. B. Soares			
03	00:10	151.685	cheio	JACARETINHO	152.239	15:00	"	N	J. B. Soares			
04	8:00	152.239	RESERVA	M.ESP.	152.271	09:30	cheio	SIM	ZECO			
04	11:00	152.271	cheio	marumbe	152.467	19:00	"	SIM	ZECO			
04	13:40	152.451	cheio	marumbe	153.001	18:00	Reserva	NÃO	Carlinhos			
05	12:00	153.001	RESERVA	marumbe	153.135	18:10	cheio	SIM	ZECO			
08	6:00	153.135	3/4	marumbe	153.311	15:20	1/2	NÃO	ZECO			
08	16:30	153.311		NOVA ESP	153.336	17:15	CHEIO	SIM	ZECO			
09	7:30	153.336	CHEIO	MARUMBE	153.458	9:20		NÃO	ZECO			
09	15:00	153.458		marumbe	153.583	18:20		NÃO	ZECO			
10	7:30	153.583		marumbe	153.704	9:20		NÃO	ZECO			
10	11:00	153.704	1/2	marumbe	153.835	15:30	cheio	SIM	ZECO			
10	15:30	153.835	cheio	marumbe	153.949	19:10	"	"	ZECO			
11	11:00	153.949	"	marumbe	154.116	19:10	3/4	N	ZECO			
12	11:00	154.116		marumbe	154.305	18:20		N	ZECO			
14	9:30	154.305		M.ESP	154.331		CHEIO	SIM	ZECO			
15	11:00	154.331		marumbe	154.429	18:00			ZECO			



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
1455/2024	08/04/2024		1312/2024

Licitação	Número
Tipo	
Sem licitação	
Contrato/Aditivo	
Seqüência Contrato	Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor	Matricula	CPF/CNPJ
Fornecedor	1523-7	016.765.089-02
ANA LUCIA DE OLIVEIRA		Bairro
Endereço		
RUA ORQUIDEA, 324 - CASA		
Cidade/UF	CEP	Fone
Uniflor/PR	87640-000	2701341
	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	Valor liquidado
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde	R\$ 278,94
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\$ 278,94

Servidor que autorizou a liquidação
30321 - CENILDA GIBIN ROELES FERRI

Vencimento da liquidação
08/05/2024

Histórico

DOC ou TED Eletrônico**Debitado**

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

Creditado

Banco 748 BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
Agência (sem DV) 718 SICREDI MARINGA
Conta corrente (com DV) 331478
CPF 016.765.089-02
Nome favorecido ANA LUCIA DE OLIVEIRA
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 40.501
Valor 278,94
Destinação 0
Data transferência 05/04/2024
"C" - CNPJ diferente
Autenticação SISBB 23AF9A1CCBC587CD

Assinada por JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN
JE734063 JOSE BASSI NETO

05/04/2024 10:02:44

05/04/2024 10:34:58

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 N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
1587	09/04/2024	1627	1455/2024	1312/2024	

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 ANA LUCIA DE OLIVEIRA Matrícula 1523-7 CPF/CNPJ 016.765.089-02
 Endereço RUA ORQUIDEA, 324 - CASA Bairro _____

Cidade/UF Uniflor/PR CEP 87640-000 Fone 2701341 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 Valor R\$ 278,94
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

Outras Informações _____

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

Servidor que autorizou o pagamento _____
 30169 - GENILDA GIBIN ROELES FERRI Documento _____ Data _____ Valor
 Recursos 00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 112 - BB - CC: 9878 -7 - SAUDE 40501 05/04/2024 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 1312/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____