



# Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

## NOTA DE EMPENHO

<b>Número</b> 559/2024	<b>Tipo</b> Ordinário	<b>Emitido em</b> 23/02/2024	<b>Requisição Nº</b>	<b>Req. Compra Nº</b>
---------------------------	--------------------------	---------------------------------	----------------------	-----------------------

<b>Licitação</b> Tipo	<b>Número</b>
--------------------------	---------------

Sem licitação

<b>Contrato/Aditivo</b> Sequência Contrato	<b>Aditivo</b>	<b>Início da vigência</b>	<b>Fim da vigência</b>	<b>Fim da vig. atualizada</b>	<b>Início da execução</b>	<b>Fim da execução</b>	<b>Fim da exe. atualizada</b>
---	----------------	---------------------------	------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	-------------------------------

<b>Credor</b> Fornecedor <b>EDIVALDO DE OLIVEIRA</b>	<b>Matricula</b> 5766-5	<b>CPF/CNPJ</b> 027.808.719-11
<b>Endereço</b> VL RURAL, 13 - CHACARA ESPERANÇA	<b>Bairro</b> CENTRO	
<b>Cidade/UF</b> Uniflor/PR	<b>CEP</b> 87640-000	<b>Fone</b>
	<b>Tipo de conta bancária</b>	<b>Banco Agência Conta</b>

<b>Classificação da despesa</b>		<b>Saldo anterior</b>
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE		R\$ 39.554,94
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde		<b>Valor empenhado</b>
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		R\$ 212,03
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		<b>Saldo atual</b>
Do Exercício		R\$ 39.342,91

**Outras informações**

**Histórico**

DESPESA EMPENHADA REFERENTE A MEIA DIARIA DO MOTORISTA DA SAUDE COM TRANSPORTE DE OACIENTE PARA IVAIPORÁ

CENILDA GIBIN ROELES FERRI  
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

13

**PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR**

**REQUERIMENTO DE DIARIAS**

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: EDIVALDO DE OLIVEIRA

CARGO: MOTORISTA

C/C A SER CREDENCIADA CORRENTE: 39.084-4      AGÊNCIA: 0509-6      BANCO: BANCO DO BRASIL

**DESTINO**

CIDADE: CAMPO LARGO- PR

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DO PACIENTE PARA PROCEDIMENTO DE CIRURGIA DE VARIZES NO HOSPITAL REGIONAL DA CIDADE DE IVAIPORÃ-PR.

SAIDA : 26/02/2024 – 11h00min      RETORNO A SEDE: 26/02/2024- 23h00min

QUILOMETRAGEM: 458 KM

NÚMERO DE DIARIAS : 1/2 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTE: VEICULO DO DEP. SAÚDE – DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

**RECURSOS SOLICITADOS**

VALOR DA DIARIA: R\$ 212,03

VALOR TOTAL DE ½ DIARIAS: R\$ 212,03

DECLARO QUE O SERVIDOR A SER PRESTADO E/OU PARTICIPAÇÃO NO EVENTO PELO SERVIDOR É DE INTERESSE DESTES ÓRGÃO E SEU AFASTAMENTO NÃO ACARRETÁRA PREJUÍZOS ADMINISTRATIVOS.

EM,

*Edivaldo de Oliveira*

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.

*Edivaldo de Oliveira*

Assinatura do Solicitante

DEFERIDO EM:

*Jose Bassi Neto*  
Prefeito Municipal



# PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

## DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CNPJ 08.600.424/0001-07

### RELATÓRIO DE VIAGEM DO MOTORISTA

Uniflor, 28 de 02 de 2024.

**Para: José Bassi Neto – Prefeito**  
**Prefeitura Municipal de Uniflor**

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário Edvaldo de Sousa motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte do de paciente ao Hospital Regional Tali do Piauí Cidade de Itaiporã.

Sai de Uniflor no dia 26/02/24 às 11:00.

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 de Saída de Uniflor: 26/02/24 11:00 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 26/02/24 23:17 horas.

Km Inicial: — Tanque combustível início: —


Km Final: — Tanque combustível final: —

VEÍCULO: Uma PLACA: BCF-8683

#### 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

Edvaldo de Sousa  
MOTORISTA

  
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

DEPARTAMENTO

## DIÁRIO DE BORDO

Veículo							Mês Referência	2024	
Placas							Secretaria Responsável	SAUDE	
DIA	HORÁRIO 24 Horas	Km Inicial	Tanque de combustível início	Destino	Km final	HORÁRIO 24 Horas	Tanque de combustível final	Houve recebimento	Motorista responsável nome legível
21	8:30	139296	MÉIO	COLONADO	139383	11:30	1/2	NÃO	Mina
21	15:30	139383	1/2	NOVA ESP	139400	16:00	CHEIO	SIM	Mina
22	5:10	139400		COLONADO	139494				Edmar
22	8:30	139494	CHEIO	COLONADO	139582	11:30	3/4	NÃO	Mina
22	13:00	139582	3/4	COLONADO	139664	14:00	3/4	NÃO	Mina
22	16:10	139664	3/4	COLONADO	139746	17:15	MÉIO	NÃO	Mina
22	19:10	139746		manhã	139863				Edmar
23	9:00	139863	1/2	MGA	140013	15:00	3/4	SIM	Rayson
24	5:10	140013		COLONADO	140128				Edmar
24	7:00	140128	1/2	NOVA ESP	140339	19:00	-	NÃO	Mina
25	13:00	140339	-	UNIPORAN	140749	19:00	CHEIO	SIM	Mina
26	5:00	140749	-	União Paraná	141160	14:00	CHEIO	SIM	Uanda
26	11:30	141160	-	Itaipora	141561	21:00	1/2	NÃO	Uanda
27	8:00	141561	-	N: Esp.	141621	9:00	CHEIO	SIM	Uanda
27	13:00	141621	-	COLONADO	141702	14:06	3/4	-	DAVID
27	15:15	141702	3/4	PARANAVA	141791	16:41	1/4	-	DAVID
27	15:20	141791		COLONADO	141903	19:40	1/2		Edmar
28	6:30	141903	MÉIO	COLONADO	141986	8:00	1/2	NÃO	Mina
28	9:40	141986	1/2	MARINCA	142105	12:00	CHEIO	SIM	Mina
28	14:00	142105		COLONADO	142188	17:00	3/4	NÃO	Mina



# Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **612/2024** Emitido em **26/02/2024** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Empenho Nº **559/2024**

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 **EDIVALDO DE OLIVEIRA** Matrícula **5766-5** CPF/CNPJ **027.808.719-11**  
Endereço **VL RURAL, 13 - CHACARA ESPERANÇA** Bairro **CENTRO**  
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  
**08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE** R\$ 212,03  
**10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde** Valor liquidado  
**3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS** R\$ 212,03  
**1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)** Saldo à liquidar  
R\$ 0,00

Outras informações \_\_\_\_\_

Retenções \_\_\_\_\_  
Total de retenções  
R\$ 0,00  
Valor líquido  
R\$ 212,03

Servidor que autorizou a liquidação \_\_\_\_\_  
**30169 - CENILDA GIBIN ROELES FERRI**  
Vencimento da liquidação \_\_\_\_\_  
**27/03/2024**



---

### Transferência entre contas diversas

#### Debitado

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

#### Creditado

Nome EDIVALDO DE OLIVEIRA  
Agência 509-6  
Conta corrente 39084-4  
Valor 212,03  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN 06/03/2024 15:31:43  
JE734063 JOSE BASSI NETO 06/03/2024 16:04:22

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°
<b>1050</b>	06/03/2024	1074	612/2024	559/2024	

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 **EDIVALDO DE OLIVEIRA** Matrícula **5766-5** CPF/CNPJ **027.808.719-11**

Endereço **VL RURAL, 13 - CHACARA ESPERANÇA** Bairro **CENTRO**

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\$ 212,03**

Outras informações \_\_\_\_\_

Retenções \_\_\_\_\_

Total de retenções R\$ 0,00

Valor líquido R\$ 212,03

Servidor que autorizou o pagamento \_\_\_\_\_

30169 - CENILDA GIBIN ROELES FERRI

Recursos \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_

00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 112 - BB - CC: 9878 - 7 - SAUDE 03 06/03/2024 R\$ 212,03

Recibo \_\_\_\_\_

Recebi do Prefeitura Municipal de Uniflor, a importância de Duzentos e Doze Reais e Três Centavos, referente ao pagamento do empenho número 559/2024.

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

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