



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número	Tipo	Emissão em	Requisição Nº	Req. Compra Nº
1049/2024	Ordinário	29/03/2024		

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 anterior
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	R\$ 35.080,57
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\$ 34.522,68

Outras informações

Histórico
DESPEZA EMPENHADA REFERENTE A UMA DIARIA DO MOTORISTA DA SAUDE, COM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA CAMPO LARGO PR

CENILDA GIBIN ROELES FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2



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 DE PACIENTE PARA PROCEDIMENTO DE CONSULTAS MÉDICAS E RETIRADA DE APAELHO, ONDE O MESMO ESTEVE USANDO DESDE DE JANEIRO, QUE COLOCOU NO HOSPITAL DO ROCIO DA CIDADE DE CAMPO LARGO-PR. PACIENTE SIKOT

RETORNO SAIDA : 27/03/2024 - 16h30min RETORNO A SEDE: 28/03/2024- 21h45min

QUILOMETRAGEM: 459 KM

NÚMERO DE DIARIAS : 1 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTE: DUCATO AMBULANCIA - DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DA DIARIA: R\$ 557,89

VALOR TOTAL DA 1 DIARIA: 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,

Edivaldo de 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.

Edivaldo de Oliveira

Assinatura do Solicitante

DEFERIDO EM:

[Assinatura]
José Bassi Neto
Prefeito Municipal



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 557,89
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN 27/03/2024 14:11:50
JE734063 JOSE BASSI NETO 27/03/2024 15:29:12

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE734063 JOSE BASSI NETO.



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CNPJ 03.600.424/0001-07

RELATÓRIO DE VIAGEM DO MOTORISTA (A)

Uniflor, 01 de 04 de 2024.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

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

Sai de Uniflor no dia 27/03/24 às 23:00.

Chegando ao destino as 06:45 horas.

Deixei o paciente em um 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: 27/03/24 23:00 horas.

Dia e horário de retorno a Uniflor: 27/03/24 20:10 horas.

Km Inicial: 83049 Tanque combustível início: cheio

Km Final: 84043 Tanque combustível final: cheio

VEÍCULO: Dueto Comb PLACA: DDK-2447

AUTORIZAÇÃO DE DESPESAS DA FOLHA

Caso não efetue a prestação de contas e relatório de viagem no prazo determinado em conformidade com a legislação pertinente, o motorista e demais responsáveis pela folha de pagamento. De acordo com a Lei 1059/2014 parágrafo 2º da Lei de Responsabilidade Fiscal, declaro ser ciente do exposto a cima

Edivaldo de 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

J. D. B. C.



DEPARTAMENTO

DIÁRIO DE BORDO

Veículo		Placas		Destino			Mês Referência	Secretaria Responsável	Motorista responsável nome legível
DUCATO AMB.		BDK 21177					Maio	SAUDE	31/31
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
06	10:00	81245	2/2	MONT	81388	16:50	2/2	NAO	Roulinho
06	16:10	81388	2/2	MONT	81510	18:50	cheio	SIM	Roulinho
06	21:00	81510	1	Sarandi	81656	23:15	1	NAO	Vardo
11	15:00	81656		Sabatini	81803	18:30		NAO	Edson
12	15:00	81803		Alapongos	82032	19:00			Edson
13	9:30	82032		n.ESP	82065	10:30	CHEIO	SIM	Edson
14	11:40	82065		Sabatini	82206	14:00			Edson
15	17:00	8206		Mourão	8222	19:00		EMERGENCIA	Edson
20	18:00	82302	1/1	MONT	82501	19:30	MONT	SIM	Edson
22	18:30	82.501	CHL10	Mourão	82.625	22:00	11	N	Edson
22	5:00	82.625	11	Mourão	82.710	07:30	3,9	N	Edson
24	10:00	82.710	3,4	Mourão	82.258	14:00	3,4	N	Edson
24	18:00	82.858	3,4	N.ESP	82.889	19:30	CHL10	SIM	Edson
26	13:00	82889	11	Pirapó	82926	14:20	11	11	Vardo
26	15:00	82926	11	Mourão	83047	18:00	11	N	Edson
27	23:00	83049	CHEIO	campo largo	84043	20:10	11	SIM	Vardo/Edson
29	16:00	84043		n.ESP	84076	17:12	cheio	NAO	Roulinho
01	00:10	84076		Pohmauti	84116				Edson

HOTEL TABALDI LTDA CNPJ: 11.397.297/0001-97 AYRTON SENNA DA SILVA - , 4056 CEP: 83.606-390 - Bairro: OURO VERDE Município: CAMPO LARGO - PARANÁ Telefone: (041) 33934671 - Celular: (41) 99661-2252 Email: hoteltabaldi@hotmail.com Insc. Municipal: 15129 Insc. Estadual: isento	Número da NFS-e 6252	 Autenticidade
	Situação Emitida	
	Tipo Preenchido	

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série Única

 ESTADO DE PARANÁ PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO LARGO SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E FAZENDA	Identificador 7481 2803 2409 3704 5101 1397 2972 0240 3738 5974 	
	Data Fato Gerador 28/03/2024	Data/Hora Emissão 28/03/2024, 09:37

TOMADOR DO SERVIÇO

Nome/Razão Social PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR		CPF/CNPJ 76.279.975/0001-62
Endereço AVENIDA ALAMEDA AVENIDA DAS FLORES	Número 118	Complemento NÃO INFORMADO
Bairro CENTRO	CEP 87.640-000	Cidade Uniflor - PR
País Brasil - BR - 1058	Telefone Não Informado	Email Não Informado

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Serviço	Local Prestação	Alíquota	Situação Trib.	Valor Serviço	Desc. Incondic.	Valor Dedução	Valor ISS
901	7481	3%	TI	90,00	0,00	0,00	2,70
Descrição do Serviço: 01 Pernoite.							
Valor Total 90,00		Desc. Incondicional 0,00		Dedução 0,00		Base de Cálculo 90,00	ISSQN 2,70
ISSRF 0,00		IR 0,00		INSS 0,00		CSLL 0,00	COFINS 0,00
PIS 0,00		Outras Retenções 0,00		Total Trib. Federais 0,00		Desc. Condicional 0,00	Valor Líquido 90,00

Descrição dos subitens da Lista de Serviço em acordo com a Lei Complementar 116/03.

901 Hospedagem de qualquer natureza em hotéis, apart-service condominiais, flat, apart-hotéis, hotéis residência, residence-service, suite service, hotelaria marítima, motéis, pensões e congêneres; ocupação por temporada com fornecimento de serviço (o va

Legenda do Local de Prestação do Serviço

7481 Campo Largo

Outras Informações

TI - Tributada Integralmente

(901) Serviço tributado no município do prestador

Contribuinte enquadrado como Homologado de ISS ou ISS em regime estimado/fixo

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 211/2017 de 29/06/2017 00:00:00

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site:
<https://campolargo.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-autenticidade-de-nota-fiscal-eletronica-nfse/detalhar/1/identificador/7481280324093704510113972972024037385974>

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 22/04/2024

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$12,10 (13,45%), Estaduais R\$0,00 (0,00%), Municipais R\$4,09 (4,55%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - FONTE IBPT

Observações: 01 Pernoite.



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **1295/2024** Emitido em **29/03/2024** Requisição Nº _____ Empenho Nº **1049/2024**

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 **R\$ 557,89**
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE Valor liquidado **R\$ 557,89**
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 de retenções **R\$ 0,00**
Valor líquido **R\$ 557,89**

Servidor que autorizou a liquidação _____
30169 - CENILDA GIBIN ROELES FERRI
Vencimento da liquidação _____
28/04/2024

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 Nº	Liquidação Nº	Empenho Nº	Requisição Nº
1451	29/03/2024	1491	1295/2024	1049/2024	

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\$ 557,89**

Outras Informações _____

Retenções _____
 Total de retenções **R\$ 0,00**
 Valor líquido **R\$ 557,89**

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 27/03/2024 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 1049/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____