



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número 65/2024	Tipo Ordinário	Emitido em 25/01/2024	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 EDNA LOBIANCO	Matricula 2557-7	CPF/CNPJ 905.072.829-49
Endereço RUA FELIX BOCHINIA, 792 - CASA, S/N	Bairro CENTRO	
Cidade/UF Paranacity/PR	CEP 87660-000	Fone
	Tipo de conta bancária	Banco Agência Conta

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	R\$ 44.721,06
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Valor empenhado
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde	R\$ 557,89
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	Saldo atual
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	R\$ 44.163,17
Do Exercício	

Outras informações

Histórico
DESPEZA EMPENHADA REFERENTE 01 DIARIA DA AUXILIAR DE ENFERMAGEM ONDE FOI A COMPANHAR PACIENTE PARA PROCEDIMENTO DES CONSULTA MEDICA NPO HOSPITAL ANGELINA CARONNA CIDA DE DE CURITIBA

CENILDA GIBIN ROLES FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: EDNA LOBIANCO

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMAGEM

C/C A SER CREDENCIADA CORRENTE: 76305235-0

AGÊNCIA: 0001

BANCO: 0260 – Nu

Pagamentos S.A.

DESTINO

CIDADE: CURITIBA- PR

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PARA PROCEDIMENTO DE CONSULTA MEDICA NO HOSPITAL ANGELINA CARON DA CIDADE DE CURITIBA-PR.

SAIDA :30/01/2024 – 16h00min RETORNO A SEDE: 31/01/2024- 20h00min

QUILOMETRAGEM: 519 KM

NÚMERO DE DIARIAS : 1 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTE: Hb20– DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE.

RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DA 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 DESTES 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

DOC ou TED Eletrônico

Debitado

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

Creditado

Banco 260 NU PAGAMENTOS - IP
Agência (sem DV) 1
Conta corrente (com DV) 763052350
CPF 905.072.829-49
Nome favorecido EDNA LOBIANCO
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 13.001
Valor 557,89
Destinação 0
Data transferência 30/01/2024
"C" - CNPJ diferente
Autenticação SISBB B57A037B76D8B92E

Assinada por	JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIÓ ZAN	30/01/2024 14:05:01
	JE734063 JOSE BASSI NETO	30/01/2024 14:24:51

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 DE FUNCIONÁRIO

Uniflor, 01 de 02 de 2024.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário (a) Sdna Leiliane do Departamento de Saúde, realizada para transporte de pacientes, ao Hospital Angelina Caron, na cidade de Curitiba, PR.

Sai de Uniflor no dia 30/01/24 às 15:00.

Chegando ao destino as 18:00 horas.

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

ACOMPANHEI O PACIENTE ATE O HOSPITAL AS ____:____ horas.

Fiquei com o paciente no hospital das ____:____ até às ____:____ horas.

Fui para o hotel às ____:____ horas.

Dados da Viagem:

Dia e horário de Saída de Uniflor: 30/01/24 15:00 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 31/01/24 18:00 horas.

Km Inicial: ____ Tanque combustível início: ____

Km Final: ____ Tanque combustível final: ____

VEÍCULO: RHU
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



FUNCIONÁRIO(A)



Cenilda Gibin Roeles Ferri
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE

	MUNICIPIO DE CAMPINA GRANDE DO SUL SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, FINANÇAS E PLANEJAMENTO BENTO MUNHOZ DA ROCHA, 30 - 83430000 - CENTRO - CAMPINA GRANDE DO SUL - PR - PR		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Número: 6003 Emissão: 31/01/2024 Autenticidade: 549710890	
	Núm. do RPS: Série do RPS: Tipo do RPS: Emissão RPS:			

SITE AUTENTICIDADE: <https://campinagrandedosul.oxy.elotech.com.br/iss/autenticar-documento-fiscal>

DADOS DO PRESTADOR DO SERVIÇO

Insc. Municipal: 00032905 Nome/Razão Social: MARCO AURELIO DOS SANTOS LTDA Nome Fantasia: MARCO IMÓVEIS Endereço: RODOVIA DO CAQUI, 890 - RECANTO VERDE Município/UF: CAMPINA GRANDE DO SUL - PR-PR Fone/Fax: (41) 3679-2627	CNPJ/CPF: 81.752.016/0001-52 Regime Fiscal: SIMPLES NACIONAL Insc. Estadual: 0 CEP: 83.430-000 E-Mail: angela@szcontabilidade.com
---	---

DADOS DO TOMADOR DO SERVIÇO

Insc. Municipal: 905.072.829-49 Nome/Razão Social: EDNA LOBIANCO Endereço: RUA FELIX BOCHINIA, 792 - CENTR Município/UF: Paranacity-PR Fone/Fax: 44999-3612	Insc. Estadual: CEP: 87.660-000 E-Mail:
---	---

DEFINIÇÃO DO SERVIÇO

Item da Lista de Serviços da LC nº 116/03: 901 HOSPEDAGEM DE QUALQUER NATUREZA EM HOTEIS, APART HOTEIS, HOTEIS RESIDENCIA, RESIDENCE SERVICE CONDOMINIAIS, FLAT, APART SERVICE, SUITE SERVICE, HOTELARIA MARITIMA, MOTEIS, PENSOES E CONGENERES; OCUPACAO POR TEMPORADA COM FORNECIMENTO DE SERVICO (O VALO)

Competência: 1/2024 Local da Prestação do Serviço: CAMPINA GRANDE DO SUL - PR-PR Situação da NFS-e: EMITIDA Natureza da Operação: TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇO DE HOSPEDAGEM

ITENS DO SERVIÇO

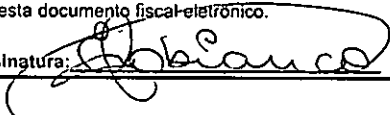
Tributável	Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Desconto	Valor Total
SIM	PERIODO DE 30/01/2024 A 31/01/2024	1,00	125,00	0,00	125,00

TRIBUTOS INCIDENTES

Tributo	Alíquota	Valor	Retido
ISSQN	3,41518	4,27000	Não
PIS	0,00000	0,00000	Não
COFINS	0,00000	0,00000	Não
INSS	0,00000	0,00000	Não
IR	0,00000	0,00000	Não
CSLL	0,00000	0,00000	Não
CPP	0,00000	0,00000	Não
Impostos Federais	0,00000	0,00000	Não
Outras Retenções		0,00000	Não

TOTALIZAÇÃO DO DOCUMENTO FISCAL

Base de Cálculo do ISSQN: 125,00	Valor Total Descontos: 0,00	Valor Total das Deduções: 0,00	Valor Líquido da NFS-e: 125,00	Valor Total da NFS-e: 125,00
----------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------

NFS-E Nº 6003	Recebemos de MARCO AURELIO DOS SANTOS LTDA, os serviços constantes nesta documento fiscal-eletrônico. DATA: / / Assinatura: 
---------------	--

10460



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

Av. Das Flores, 118 - UNIFLOR - PR - CEP 87640-000 - TEL. (44) 3270-1150

SECRETARIA DE CONTROLE

SAÚDE
DEPARTAMENTO

DIÁRIO DE BORDO

Veículo				Mês Referência						2024	
Placas				Secretaria Responsável						SAÚDE	
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		
		Hb 20						JANEIRO			
		RHU 9D15						SAÚDE			
26	14:00	106999	CHEIO	MARINGÁ	107121	18:20	3/4	NÃO	MIRO		
26	19:00	107121	3/4	COLONADO	107208	07:00	1/2	NÃO	Vando		
27	9:30	107212	1/2	COLONADO	-	-	-	-	-		
27	9:00	107212	"	N:Espa	107245	9:40	CHEIO	sim	Vando		
27	10:00	107245	"	colonado	107338	11:40	"	"	Vando		
29	7:00	107345	CHEIO	MANINGÁ	107465	12:15	3/4	NÃO	Mino		
29	13:00	107465	3/4	MANINGÁ	107597	17:30	CHEIO	SIAM	MINO		
29	21:00	107597	"	maringá	107722	23:00	"	"	Vando		
30	9:00	107722	CHEIO	MANINGÁ	107838	11:00	3/4	NÃO	Mino		
30	12:30	107838	3/4	MANINGÁ	108952	14:30	CHEIO	SIM	MINO		
30	15:00	108952	meio	C.B. Sub	109000	18:00	1/2	NÃO	Vando		
01	9:00	109001	MANINGÁ	1/2	109133	14:00	CHEIO	SIM	MINO		
01	16:30	109133	COLONADO	CHEIO				NÃO	MINO		



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **392/2024** Emitido em **31/01/2024** Requisição Nº Emperho Nº **65/2024**

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 **EDNA LOBIANCO** Matrícula **2557-7** CPF/CNPJ **905.072.829-49**
Endereço **RUA FELIX BOCHINNA, 792 - CASA, S/N** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Paranacity/PR** CEP **87660-000** Fone Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE **Saldo do emperho R\$ 557,89**
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE **Valor liquidado R\$ 557,89**
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS **Saldo a liquidar R\$ 0,00**
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (EC. 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
01/03/2024

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
222	31/01/2024	478	392/2024	65/2024	

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 **EDNA LOBIANCO** Matrícula **2557-7** CPF/CNPJ **905.072.829-49**
 Endereço **RUA FELIX BOCHINIA, 792 - CASA, S/N** Bairro **CENTRO**
 Cidade/UF **Paranacity/PR** CEP **87660-000** 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 **Valor R\$ 557,89**
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

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 13001 30/01/2024 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 65/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____