

08103



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

| | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------|-----------------------|
| Número 872/2024 | Tipo Ordinário | Emitido em 08/03/2024 | 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 ELIANE MAGALHAES DOS SANTOS | Matricula 1195-9 | CPF/CNPJ 064.519.749-19 |
|---|----------------------------|-----------------------------------|

| | |
|-------------------------------------|---------------|
| Endereço Rua, 593 - CASA' | Bairro |
|-------------------------------------|---------------|

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

| | |
|---|------------------------|
| Classificação da despesa | Saldo anterior |
| 08 DEPARTAMENTO DE SAUDE | R\$ 38.639,91 |
| 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%) | Saldo atual |
| Do Exercício | R\$ 38.360,97 |

Outras Informações

Histórico
 DESPESA 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



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: ELIANE MAGALHÃES DOS SANTOS

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMAGEM

C/C A SER CREDENCIADA: 21.578-3 AGÊNCIA: 0509-6 BANCO: BANCO DO BRASIL

DESTINO

CIDADE: JACAREZINHO-PR

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

SAIDA : 08/03/2024 - 23h30min RETORNO A SEDE: 09/03/2024- 17h00min

QUILOMETRAGEM: 278 km

NÚMERO DE DIARIAS : 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, 04/03/24

Eliane Magalhães dos Santos
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.

Eliane Magalhães dos Santos
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 ELIANE MAGALHAES SANTOS
Agência 509-6
Conta corrente 21578-3
Valor 278,94
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN 08/03/2024 11:26:45
JE734063 JOSE BASSI NETO 08/03/2024 11:28:08

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 DO FUNCIONÁRIO (A)

Uniflor, 11 de 03 de 2024.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário Cláudio Magalhães dos Santos motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte do de paciente ao Hospital do Ilho na Cidade de Jacarezinho-PR

Sai de Uniflor no dia 08/03/24 às 00:00.

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: 08/03/24 00:00 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 08/03/24 12:30 horas.

Km Inicial: 150902 Tanque combustível início: cheio

Km Final: 151357 Tanque combustível final: 1/4

VEÍCULO: Ducato Jan PLACA: BOU-6080

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

Cláudio Magalhães dos Santos
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

DIÁRIO DE BORDO

| Mês Referência | | Janeiro | | 2011 | | | | | |
|-----------------------------|-------|--------------------|-------|------------------------------------|---------|-------|-------|-----|---------------------|
| Secretaria Responsável | | SAÚDE | | | | | | | |
| Tanque de combustível atual | | Número quilômetros | | Motorista responsável nome legível | | | | | |
| 08 | 11:00 | 149.221 | 3/4 | maringá | 149.429 | 19:20 | 1/2 | N | FELI |
| 09 | 11 | 149.429 | | maringá | 149.586 | | | N | FELI |
| 10 | 11:00 | 149.586 | 1/2 | maringá | 149.644 | 13:45 | cheio | sim | lando |
| 11 | 11:00 | 149.712 | cheio | maringá | 149.869 | 16:30 | 3/4 | NÃO | Casimiro |
| 12 | 12:00 | 149.869 | 3/4 | N.ESP | 149.898 | 16:40 | 3/4 | NÃO | casimiro / Casimiro |
| 13 | 11:00 | 149.898 | 3/4 | maringá | 150.062 | 18:00 | cheio | SIM | FELI |
| 14 | 6:00 | 150.062 | cheio | maringá | 150.232 | 17:00 | | NÃO | FELI |
| 15 | 6:00 | 150.232 | | maringá | 150.436 | 17:00 | | NÃO | FELI |
| 16 | 6:00 | 150.436 | | maringá | 150.572 | 14:50 | | | FELI |
| 17 | 16:40 | 150.572 | | Nova ESP | | | | | |
| 18 | 6:00 | 150.160 | cheio | maringá | 150.795 | 11:00 | | | FELI |
| 19 | 11:00 | 150.795 | | maringá | 150.869 | 15:00 | | | FELI |
| 20 | 15:00 | 150.869 | | Nova ESP | 150.899 | 16:00 | | | FELI |
| 21 | 00:00 | 150.901 | cheio | maringá | 151.598 | 19:30 | 1/2 | NÃO | Casimiro |
| 22 | 04:00 | 151.598 | - | maringá | 151.930 | 17:15 | 3/4 | SIM | lando |
| 23 | 5:30 | 151.930 | - | maringá | 152.117 | 13:40 | 1/2 | NÃO | lando |



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **971/2024** Emitido em **12/03/2024** Requisição Nº _____ Empenho Nº **872/2024**

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 **ELIANE MAGALHAES DOS SANTOS** Matrícula **1195-9** CPF/CNPJ **064.519.749-19**
Endereço **Rua. 593 - CASA'** Bairro _____
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\$ 278,94**
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE Valor liquidado **R\$ 278,94**
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\$ 278,94**

Servidor que autorizou a liquidação _____
30169 - CENILDA GIBIN ROELES FERRI

Vencimento da liquidação _____
11/04/2024

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 |
| 1172 | 21/03/2024 | 1171 | 971/2024 | 872/2024 | |

Licitação _____
 Tipo _____ Número _____
 Sem licitação

Contrato/Aditivo _____
 Sequência Contrato Aditivo Início de vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor _____
 Fornecedor **ELIANE MAGALHAES DOS SANTOS** Matrícula **1195-9** CPF/CNPJ **064.519.749-19**
 Endereço **Rua, 593 - 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

Valor
R\$ 278,94

Outras informações _____

Retenções _____

Total de retenções
R\$ 0,00

Valor líquido
R\$ 278,94

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 | 08/03/2024 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 872/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____