



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

26/02

NOTA DE EMPENHO

Número	Tipo	Emitido em	Requisição Nº	Req. Compra Nº
519/2024	Ordinário	20/02/2024		

Licitação	Número
Sem licitação	

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

Credor	Matricula	CPF/CNPJ
Fornecedor		
JOSE APARECIDO BOCARITE	2640-9	677.688.579-68
Endereço	Bairro	
RUA PROJETADA, 000000 - CASA		

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

Classificação da despesa		Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE		R\$ 40.603,80
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\$ 836,83
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		Saldo atual
Do Exercício		R\$ 39.766,97

Outras informações

Histórico

DESPEZA EMPENHADA REFERENTE A 01 DIA RIA E MEIA DO MOTORISTA DA SAUDE COM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA PROCEDIMENTO DE CONSULTA MEDICA NO HOSPTAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIO FACIAIS (HRAC)DA CIDA DE DE BAURU SP

CENILDA GIBIN ROELIS FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

14.



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIARIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: JOSE APARECIDO BOCARITE

CARGO: MOTORISTA

C/C A SER CREDENCIADA CORRENTE: 6379-7 AGÊNCIA: 0509-6

BANCO: BANCO DO BRASIL

DESTINO

CIDADE: BAURU-SP

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE PARA PROCEDIMENTO DE CONSULTA MEDICA NO HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIO FACIAIS (HRAC) DA CIDADE DE BAURU-SP.

SAIDA :25/02/2024 – 17h00min RETORNO A SEDE: 26/02/2024- 23h00min

QUILOMETRAGEM: 421 KM

NÚMERO DE DIARIAS : 1 + 1/2 DIÁRIA

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

RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DA DIARIA: R\$ 557,89

VALOR TOTAL DE 1 DIARIA E MEIA: R\$ 836,83

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,

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



Prefeitura Municipal de Bauru
17015-341 - RUA ARAUJO LEITE - CENTRO - BAURU - SP

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Competência
02/2024



Número RPS: Número Nota Fiscal: 2940 Data Emissão: 26/02/2024

TELMA REGINA GOMES TERCIOTI

17012-230 - RUA SILVIO MARCHIONE, 4-71 - VILA NOVA CIDADE
BAURU - SP - CEP: 17012-230
CNPJ/CPF: 19.109.252/0001-81 Inscr. Estadual/RG:
Email: telmatercioti@hotmail.com
Telefone: 14 3224-3928 CCM 536976

Local do Serviço: 1 - SERVIÇO PRESTADO NO MUNICÍPIO DE BAURU

Natureza Operação: Prestação de Serviços
Sub Item da lista de serviço: 9.01 - Hospedagem de qualquer natureza em hotéis, apart-service condominiais, flat, apart-hotéis, hotéis residência, residence-service.

Exigibilidade ISS: Exigível Incentivo Fiscal: NÃO Regime ISS: Movimento Local de Incidência: Bauru - SP

Dados do Tomador de Serviço

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Rosa, 363 - Centro

Uniflor - PR - Brasil - CEP: 87640-000

CNPJ/CPF: 08.600.424/0001-07

Inscrição Estadual/RG: PR

Inscrição Municipal:

E-mail:

End. Cobrança:

Qtd	Un Discriminação dos Serviços	Valor Unitário	Valor Total
1	01 Diária e meia	263,00	263,00

TELMA HOTEL
Rua Silvio Marchioni, 4-71
F: (14) 3224-3928
CNPJ: 19.109.252/0001-81

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL.

Observação: Motorista - JOSÉ APARECIDO BOCARITE

Total dos Serviços	263,00
Total de Deduções	0,00
Desc. Incondicionado	0,00
Base de Cálculo	263,00
ISS SEM RETENÇÃO	2,00 % 5,26
Desc. Condicionado	0,00

Total da Nota	RETENÇÕES							Total Líquido
	ISS	IRRF	PIS	COFINS	CSLL	INSS	OUTROS	
263,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	263,00

Esta é a chave de validação: MKDW-WMPW
A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: www.bauru.sp.gov.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CNPJ 08.600.424/0001-07

RELATÓRIO DE VIAGEM DO MOTORISTA

Uniflor, 27 de 02 de 2024.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário José Up. Bassi Neto motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte do paciente ao Hospital Centrinho USP (HRAC) na Cidade de BAURU-SP

Sai de Uniflor no dia 25/02/24 às 17:00.

Chegando ao destino as 00:00 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: 25/02/2024 17:00 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 27/02/2024 02:00 horas.

Km Inicial: Tanque combustível início:

Km Final: Tanque combustível final:

VEÍCULO: Triciclo de PLACA:
Suritama

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


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

SAÚDE

DEPARTAMENTO

DIÁRIO DE BORDO

Veículo		Placas		Mês Referência			Secretaria Responsável		Motorista responsável nome legível	
G01 PSF		BEW 8H96		Fevereiro			SAÚDE		2024	
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	
05		21964								
07	11:30	21985	1/2 tanque	Maringá	22116	16:00	2/4	nao	Hellen, Davina	
08		22116	2/4	N.ESP	22145	10:46	2/4	-	DAVID	
08	14:00	22145	1/2	Itaipava	22256	17:00	1/2	NÃO	KALLO	
09	9:00	22256	1/2	N. esp.	22286	09:45	cheio	Não	Hellen	
15	9:40	22327	cheio	maringá	22437	12:15	3/4	Não	Hellen Célia - Repac.	
15	12:50	22438	3/4	MARINGÁ	22566	18:20	3/4	Não	Mino	
16	5:00	22566	3/4	Corumbi	22789	07:00	1/2	N	ECCD	
16	13:25	22790	1/4	nova Esperança	22818	14:45	cheio	sim	Genilda	
16	19:00	22822	cheio	campos longos	23760	12:30	"	sim	Karla	
	13:45	23772	cheio	maringá	23885	15:20	3/4	Não	Hellen Amy	
23	9:30	23934	3/4	maringá	24063	13:15	3/4	Não	Josi	
23	15:00	24063	3/4	nova Esp	24093	15:50	1/2	NÃO	Josi	
25	17:00	24120	cheio	Baum	24973	01:30	3/4	N.	ECCD Rotor. NO 27/02.	



Transferência entre contas diversas

Debitado

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

Creditado

Nome JOSE APARECIDO BOCARITE
Agência 509-6
Conta corrente 6379-7
Valor 836,83
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN	26/02/2024 16:17:28
	JE734063 JOSE BASSI NETO	26/02/2024 16:19:23

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 LIQUIDAÇÃO

Número **619/2024** Emitido em **28/02/2024** Requisição N° _____ Emperho N° **519/2024**

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

Crédor _____
Fornecedor **JOSE APARECIDO BOCARITE** Matrícula **2640-9** CPF/CNPJ **677.688.579-68**
Endereço **RUA PROJETADA, 000000 - CASA** Bairro _____
Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone _____ Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa		Saldo do empenho
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE		R\$ 836,83
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde		R\$ 836,83
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		
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\$ 836,83

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

Vencimento da liquidação _____
29/03/2024

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
760	29/02/2024	759	619/2024	519/2024	

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: JOSE APARECIDO BOCARITE Matrícula: 2640-9 CPF/CNPJ: 677.688.579-68
 Endereço: RUA PROJETADA, 000000 - 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\$ 836,83**

Outras informações

Retenções
 Total de retenções R\$ 0,00
 Valor líquido R\$ 836,83

Servidor que autorizou o pagamento
 30169 - CENILDA GIBIN ROELES FERRI

Recursos
 00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 112 - BB - CC: 9878 -7 - SAUDE Documento 02 Data 26/02/2024 Valor R\$ 836,83

Recibo
 Recebi do Prefeitura Municipal de Uniflor, a importância de Oitocentos e Trinta e Seis Reais e Oitenta e Três Centavos, referente ao pagamento do empenho número 519/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____