



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

| | | | | |
|-----------------|-----------|------------|---------------|----------------|
| Número | Tipo | Emitido em | Requisição Nº | Req. Compra Nº |
| 922/2024 | Ordinário | 19/03/2024 | | |

| | |
|---------------|--------|
| Licitação | Número |
| Tipo | |
| 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\$ 37.312,12 |
| 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\$ 37.033,18 |

Outras informações

Histórico

DESPESA EMPENHADA REFERENTE A MEIA DIARIA DO MOTORISTA DA SAUDE COM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA JACAREZINHO PARANA

CENILDA GIBIN ROLES FERRI
DIRETOR DE DEPARTAMENTO CC-2

22

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: 6379-7 AGÊNCIA: 0509-6 BANCO: BANCO DO BRASIL

DESTINO

CIDADE: JACAREZINHO-PR

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

SAIDA :24/03/2024 – 23h45min RETORNO A SEDE: 25/03/2024- 15h30min

QUILOMETRAGEM: 278km

NÚMERO DE DIARIAS : 1/2 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTE: VEICULO DA SECRETARIA DE SAUDE- 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,

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:

Jose Bassi Neto
Prefeito Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CNPJ 08.600.424/0001-07

RELATÓRIO DE VIAGEM DO MOTORISTA

Uniflor, 26 de 03 de 2024.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário José Ap. Bocante motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte do de paciente ao Hospital do Olho na Cidade de Jacarezinho-PR

Sai de Uniflor no dia 24/03/24 às 23:45.

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: 24/03/24 23:45 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 23/03/24 15:30 horas.

Km Inicial: 111984 Tanque combustível início: cheio


Km Final: 112573 Tanque combustível final: Renova

VEÍCULO: HB 20

PLACA: RHV-9D16

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO DA FOLHA

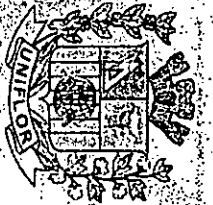
Caso não efetue a prestação de contas – relatório de viagem no prazo determinado em conformidade com a legislação pertinente, autorizo o desconto da folha de pagamento. De acordo com a Lei 1059/2014 parágrafo 2º da Lei da diária, declaro estar ciente do exposto a cima



FUNCIONÁRIO (A)



Cenilda Gibin Roeles Ferri
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

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

SECRETARIA DE CONTROLE

SAUDE

DEPARTAMENTO

DIÁRIO DE BORDO

| Veículo | Placas | Tanque de combustível | Destino | Km. Inicial | HORARIO | Mês Referência | Secretaria Responsável | Horas e equipamento | Motivo e responsável |
|---------|--------|-----------------------|----------|-------------|---------|----------------|------------------------|---------------------|----------------------|
| | AB 20 | 9D 16 | | | | maio | SAUDE | | 2024 |
| 19 | 1543 | 11.0222 | Uniflor | 110222 | 1543 | maio | SAUDE | | REC |
| 19 | 1600 | 110222 | N.º 6º | 170269 | 1840 | maio | SAUDE | | Uniflor |
| 19 | 1900 | 110222 | Uniflor | 110323 | 2140 | maio | SAUDE | | REC |
| 20 | 500 | 110383 | Uniflor | 110760 | 1650 | maio | SAUDE | | Uniflor |
| 21 | 500 | 110360 | Sorocaba | 110901 | 0710 | maio | SAUDE | | REC |
| 21 | 700 | 110961 | Uniflor | 111028 | 1023 | maio | SAUDE | | Uniflor |
| 22 | 500 | 111028 | Uniflor | 111263 | 0830 | maio | SAUDE | | Uniflor |
| 22 | 1300 | 111264 | Uniflor | 111405 | 1630 | maio | SAUDE | | REC |
| 22 | 1800 | 111405 | Uniflor | 111524 | 2130 | maio | SAUDE | | REC |
| 23 | 500 | 111529 | Uniflor | 111611 | 0100 | maio | SAUDE | | REC |
| 23 | 1100 | 111611 | | | | maio | SAUDE | | REC |
| 23 | 1200 | 111730 | Uniflor | 111841 | 2100 | maio | SAUDE | | REC |
| 24 | 500 | 111811 | Uniflor | 111989 | 0830 | maio | SAUDE | | REC |
| 25 | 030 | 111989 | Uniflor | 112583 | 1520 | maio | SAUDE | | REC |
| 25 | 1300 | 112583 | Uniflor | 112695 | 1930 | maio | SAUDE | | Uniflor |
| 26 | 0900 | 112695 | Uniflor | 113053 | 1500 | maio | SAUDE | | Uniflor |
| 26 | 1600 | 113053 | Uniflor | 114104 | 2030 | maio | SAUDE | | Uniflor |
| 28 | 500 | 114104 | Uniflor | 114190 | 0600 | maio | SAUDE | | Uniflor |
| 29 | 600 | 114190 | Uniflor | 114219 | 1000 | maio | SAUDE | | Uniflor |



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **1030/2024** Emitido em **25/03/2024** Requisição Nº _____ Empenho Nº **922/2024**

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 **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 _____
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 _____
241 - JOSE APARECIDO BOCARITE

Vencimento da liquidação _____
24/04/2024

Histórico _____

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 278,94
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN 25/03/2024 10:48:52
JE734063 JOSE BASSI NETO 25/03/2024 10:51:25

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 Nº | Liquidação Nº | Empenho Nº | Requisição Nº |
|--------|------------|-------------|---------------|------------|---------------|
| 1220 | 28/03/2024 | 1220 | 1030/2024 | 922/2024 | |

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\$ 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 Documento Data Valor
Recursos
 00303 - Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Conta bancária 112 - BB - CC: 9878 -7 - SAUDE 03 25/03/2024 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 922/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____