

28102



### Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

### NOTA DE EMPENHO

<b>Número</b> 560/2024	<b>Tipo</b> Ordinário	<b>Emitido em</b> 23/02/2024	<b>Requisição Nº</b>	<b>Req. Compra Nº</b>
---------------------------	--------------------------	---------------------------------	----------------------	-----------------------

<b>Licitação</b> Tipo Sem licitação	<b>Número</b>
---	---------------

<b>Contrato/Aditivo</b> Sequência Contrato	<b>Aditivo</b>	<b>Início da vigência</b>	<b>Fim da vigência</b>	<b>Fim da vig. atualizada</b>	<b>Início da execução</b>	<b>Fim da execução</b>	<b>Fim da exe. atualizada</b>
---	----------------	---------------------------	------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	-------------------------------

<b>Credor</b> Fornecedor <b>JOSE CARLOS MARQUES ARNAUT</b>	<b>Matricula</b> 2448-1	<b>CPF/CNPJ</b> 523.111.639-49
<b>Endereço</b> RUA CRISÂNTEMO, 59, S/N	<b>Bairro</b> CENTRO	
<b>Cidade/UF</b> Uniflor/PR	<b>CEP</b> 87640-000	<b>Fone</b> (44) 32701304
	<b>Tipo de conta bancária</b>	<b>Banco Agência Conta</b>

<b>Classificação da despesa</b> 08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	<b>Saldo anterior</b>
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	R\$ 39.342,91
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde	<b>Valor empenhado</b>
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	R\$ 212,03
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Do Exercício	<b>Saldo atual</b>
	R\$ 39.130,88

**Outras informações**

**Histórico**

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

#:

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: JOSE CARLOS MARQUES ARNAUT

CARGO: MOTORISTA

C/C A SER CREDENCIADA CORRENTE: 33511-8      AGÊNCIA: 0509-6      BANCO: BANCO DO BRASIL

**DESTINO**

CIDADE: IVAIPORÃ- PR

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DE URGÊNCIA DE PACIENTE QUE FEZ PROCEDIMENTO DE CIRURGIA DE VARIZES, ONDE A MESMA ESTAVA DE ALTA NA DATA PRESENTE ONDE SE ENCONTRAVA NO HOSPITAL REGIONAL VALE DO IVAI NA CIDADE DE IVAIPORÃ-PR.

SAIDA : 27/02/2024 – 10h00min      RETORNO A SEDE: 27/02/2024- 22h30min

QUILOMETRAGEM: 198 KM

NÚMERO DE DIARIAS: 1/2 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTE: VEICULO DO GABINETE-- PREFEITURA MUNICIPAL.

**RECURSOS SOLICITADOS**

VALOR DA DIARIA: R\$ 212,03

VALOR TOTAL DE ½ DIARIAS: R\$ 212,03

DECLARO QUE O SERVIDOR A SER PRESTADO E/OU PARTICIPAÇÃO NO EVENTO PELO SERVIDOR É DE INTERESSE DESTA ÓRGÃO E SEU AFASTAMENTO NÃO ACARRETÁRA PREJUÍZOS ADMINISTRATIVOS.

EM,

*Jose Carlos M. Arnaud*  
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.

*Jose Carlos M. Arnaud*  
Assinatura do Solicitante

DEFERIDO EM:

*[Assinatura]*  
José Bassi Neto  
Prefeito Municipal



# PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CNPJ 08.600.424/0001-07

## RELATÓRIO DE VIAGEM DO MOTORISTA

Uniflor, 28 de 02 de 2024.

**Para: José Bassi Neto – Prefeito**  
**Prefeitura Municipal de Uniflor**

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário

José Carlos Arnaut motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte do  
de paciente ao Hospital Regional na Cidade de Itapecuru.

Sai de Uniflor no dia 27/02/24 às 10:00.

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: 27/02/24 10:00 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 27/02/24 22:15 horas.

Km Inicial: — Tanque combustível início: —

Km Final: — Tanque combustível final: —

VEÍCULO: CRUZE PLACA: GABINET e

### 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

José Carlos m. Arnaut  
MOTORISTA

Cenilda Gibin Roeles Ferri  
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE



# Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

## NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **625/2024** Emitido em **28/02/2024** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Empenho Nº **560/2024**

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 CARLOS MARQUES ARNAUT** Matrícula **2448-1** CPF/CNPJ **523.111.639-49**  
Endereço **RUA CRISÂNTEMO, 59, S/N** Bairro **CENTRO**  
Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone **(44) 32701304** Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa  
**08 DEPARTAMENTO DE SAUDE** Saldo do empenho **R\$ 212,03**  
**08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE** Valor liquidado **R\$ 212,03**  
**10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde** Saldo à 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\$ 212,03**

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

Vencimento da liquidação  
**29/03/2024**

Histórico \_\_\_\_\_

---

**Transferência entre contas diversas**

**Debitado**

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

**Creditado**

Nome JOSE C MARQUES ARNAUT  
Agência 509-6  
Conta corrente 33511-8  
Valor 212,03  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN	06/03/2024 15:44:35
	JE734063 JOSE BASSI NETO	06/03/2024 16:04:22

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 N°	Liquidação N°	Empenho N°	Requisição N°
1045	06/03/2024	1069	625/2024	560/2024	

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 CARLOS MARQUES ARNAUT** Matrícula **2448-1** CPF/CNPJ **523.111.639-49**  
 Endereço **RUA CRISÂNTEMO, 59, S/N** Bairro **CENTRO**  
 Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone **(44) 32701304** 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\$ 212,03**

Outras informações \_\_\_\_\_

Retenções \_\_\_\_\_  
 Total de retenções **R\$ 0,00**  
 Valor líquido **R\$ 212,03**

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 06/03/2024 R\$ 212,03

Recibo \_\_\_\_\_  
 Recebi do Prefeitura Municipal de Uniflor, a importância de Duzentos e Doze Reais e Três Centavos, referente ao pagamento do empenho número 560/2024.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Uniflor, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_