

10104



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
1371/2024	Ordinário	10/04/2024		

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

Classificação da despesa	Saldo anterior	Valor empenhado	Saldo atual
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	R\$ 32.849,03		
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE			
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde		R\$ 278,94	
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS			
1650 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Do Exercício			R\$ 32.570,09

Outras informações

Histórico
DESPEZA EMPNHADA REFERENTE A MEIA DIARIA DO MOTORISTA DA SAUDE COMTRANSPORTE DE PACIENTE PARA PONTA GROSSA PR

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: PONTA GROSSA- PR

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DO PACIENTE PARA RETORNO DE CONSULTAS MÉDICAS PARA PROCEDIMENTO DE CIRURGIA NO HOSPITAL URO SAÚDE DA CIDADE DE PONTA GROSSA-PR.

SAIDA : 10/03/2024 – 03h00min RETORNO A SEDE: 10/03/2024- 21h30min

QUILOMETRAGEM: 372 KM

NÚMERO DE DIARIAS: 1 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTE: VEICULO DO DEP. DE SAÚDE- PREFEITURA MUNICIPAL

RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DA ½ DIARIA: R\$ 278,94

VALOR TOTAL DE 1/2 DIARIA: 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:

José Bassi Neto
Prefeito Municipal



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 278,94
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por	JF729416 LILIAM APARECIDA RIZZO ESTERCIO ZAN	09/04/2024 16:21:53
	JE734063 JOSE BASSI NETO	09/04/2024 16:25:44

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JE734063 JOSE BASSI NETO.



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

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

SECRETARIA DE CONTROLE

SAÚDE

DEPARTAMENTO

117807
117427
380

DIÁRIO DE BORDO

Veículo		Placas		Mês Referência		Secretaria Responsável		Motorista responsável	
HB 20		RHU 9D16		ABRIL		SAÚDE		2024	
DIA	HORARIO 24 Horas	Km inicial	Tanque de combustível início	Destino	Km final	HORARIO 24 Horas	Tanque de combustível final	Houve recebimento	Motorista responsável nome legível
08	07:29	117219	novo	UNIFLOR	117219	07:29	novo	não	JB
09	8:41	117219	3/4	N.ESP	117249	10:30	3/4	30.709 US	DAVID
09	12:00	117249	cheio	MGA	117395	17:00	3/4	NÃO	Carlinhos
09	17:24	117395	3/4	N.ESP	117425	19:20	cheio	SIM	Carlinhos
10	2:50	117427		Entre-garças	118185	18:20	3/4	30.709 US	Carlinhos
11	6:00	118185	AE10	MANINCO	118316	11:00	CHEIO	SIM	Mina
11	14:00	118316		N.ESP	118351	15:00			Edson
12	10:00	118351	CHEIO	MANINCO	118483	12:00	3/4	NÃO	Mina
12	19:00	118483	"	marinze	118600	21:30	"	não	Vardo
13	5:00	118600	"	Colorado	118692	6:10	"	"	Vardo
15	7:00	118692		Colorado	118800			190	Edson



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CNPJ 08.600.424/0001-07

RELATÓRIO DE VIAGEM DO MOTORISTA (A)

Uniflor, 11 de 04 de 2024.

Para: José Bassi Neto – Prefeito
Prefeitura Municipal de Uniflor

Apresentamos a Vossa Senhoria, o relatório de viagem do funcionário José Carlos M. Anaut motorista do Departamento de Saúde, realizada no transporte do de paciente ao Hospital Unisaúde na Cidade de Ponta - Grossa - PR.

Saí de Uniflor no dia 10/04/24 às 02:45.

Chegando ao destino as 08:15 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 13:00 horas, peguei o (a) paciente e retornei para Uniflor.

Dados da Viagem:

Dia e horário de Saída de Uniflor: 10/04/24 02:45 horas.

Dia e horário de Retorno a Uniflor: 10/04/24 18:20 horas.

Km Inicial: _____ Tanque combustível início: _____

Km Final: _____ Tanque combustível final: _____

VEÍCULO: H820

PLACA: RHU-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 - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número 1478/2024	Emitido em 10/04/2024	Requisição Nº	Empenho Nº 1371/2024
----------------------------	---------------------------------	----------------------	--------------------------------

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 Barro 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\$ 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: 30321 - CENILDA GIBIN ROELES FERRI

Vencimento da liquidação: 10/05/2024

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
1645	16/04/2024	1685	1478/2024	1371/2024	

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 **Valor R\$ 278,94**
 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

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 0904 09/04/2024 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 1371/2024.

Assinatura: _____

Uniflor, ____/____/____