



CIS-COMCAM - CONSORCIO INTER. DE SAUDE DE CAMPO MO

Estado do Paraná - 95.640.322/0001-01

RUA MAMBORE, 1542 CENTRO (044)3523-3684 CEP 87302-140

NOTA DE LIQUIDACÃO DE EMPENHO

Nº do Empenho: 5153 / 2024 Ordinário Nº da Liquidação: 1 / 2024 Data: 18/10/2024

Credor: 4085 - Adriano Roque Avila

Endereço: Residencial: Gilberto Peovezan, 268 - Casa - C.E.P. 87370000 - Moreira Sales - PR

C.P.F.: 058.375.919-07

R.G.: 83086513

Orgão: 01. CIS-COMCAM

Unidade: 01001 Cis-Comcam

Prog. Trabalho: 10.302.0001.2.002. Manutenção Administrativa do Cis-Comcam

Elemento Desp.: 3.3.9.0.14.00.00. DIÁRIAS - CIVIL

F. de Recurso: 1005 Recursos do Tesouro (Descentralizados) - Exercício Corrente

Processo.....: 0/2.024,00

Tipo de Licitação: Dispensavel

Nº Licitação.....: /

Valor do Empenhado	Saldo Anterior do Empenho	Valor Liquidado	Valor Anulado	Saldo Atual do Empenho
500,00	500,00	500,00	0,00	0,00

Motivo: IMPORTE REF. A LIBERAÇÃO DE 1 DIÁRIA CONFORME ATO ADMINISTRATIVO N. 45/2024, DESTINADO A PARTICIPAR DE :
1) MANUTENÇÃO DO MICRO-ÔNIBUS DA LINHA SAÚDE, PLACA TAN9J03, A SER REALIZADO JUNTO A RODO SERVICE LTDA, RUA TRENTO, 19, JD MONTECATI, EM CAMBÉ/PR.

ITEM	QTD	UN	ESPECIFICAÇÃO	VLR. UNITÁRIO
1470	1,00	Diária	DIÁRIA(S).	500,00

Documentos Fiscais:

	Nº Documento	Valor	Série	Data
DIÁRIAS	45-2024	500,00		18/10/2024

Valor Liquidado a Pagar : 500,00

Nº Nota Fiscal	Data da Entrada no Almoxarifado	Data do Empenho
	18/10/2024	18/10/2024

Liquidado por	Observação



ANEXO I – SOLICITAÇÃO DE DIÁRIAS – ATO Nº 045/2024.

OBS.: Resolução n. 8/2013 – Código do ato n. 83.

Valor Atualizado pela Portaria 9/2023

906

5753

PROPOSTA DE VIAGEM	
Servidor(a)	Nome: Adriano Roque Ávila – Matrícula 225 Cpf: 058.375.919-07 Cargo ou Função: Supervisor das Redes Lotação: Qualicis

Serviço a executar e período	
Serviço a executar	1) Viagem a Londrina, PR, com percurso de: 374 Km

Justificativa detalhada (razões)
De: 21/10/2024 à 22/10/2024. Cidade Destino: Cambé, PR Percurso: 350 KM Objetivo: A presente viagem visa: 1) Manutenção do Micro-ônibus Placa TAN9J03, a ser realizado junto à RODO SERVICE LTDA, RUA TRENTON, 19, JD MONTECATI, EM CAMBÉ/PR. Justificativa: O Micro-ônibus é essencial para o transporte dos pacientes entre as Clínicas Prestadores de Serviços DATA DA SAÍDA EM VIAGEM: 21/10/2024 às 7:00 horas. DATA DO RETORNO A C. MOURÃO: 22/10/2024 às 14:00 horas. Diária: R\$ 400,00 – “Resolução 8/2013 – Art. 1º, I - Diária Integral – A cada afastamento do Município sede do Cis-Comcam, que ensejar pernoite” e Portaria 9/2023; ½ Diária: R\$ 200,00 – “Resolução 8/2013 - Art. 1º, II - “1/2 (meia) de Diária – A cada afastamento, que não ensejar pernoite, e que o percurso for superior a 100 Km” e Portaria 9/2023; ¼ Diária: R\$ 100,00 – “Resolução 8/2013 - Art. 1º, III - “1/4 (um quarto) de Diária – A cada afastamento, que não ensejar pernoite, e que o percurso for inferior a 100 Km” e Portaria 9/2023

Relatório De Viagem	Localidade	Nº de Dias
	Cambé - PR	1 diárias

Prazo de Utilização	Importância requisitada
21/10/2024 a 22/10/2024	(1 x 500,00) 500,00

Meio de Viagem:
1) Veículo Rodoviário;

 PropONENTE	 Assinatura e Carimbo da Chefia
---	---

ATENÇÃO: Deverá o proponente juntar ao respectivo processo os comprovantes da viagem.

**RODO SERVICE LTDA**

TRENTO, 19 - JD MONTECATINI

CEP: 86186-190 - CAMBE - PR

FONE: (43) 3174-3700 FAX: (43) 3174-3700

CNPJ: 00.888.075/0004-50 - INSC. EST.: 9057469282

C.C.M.: 16305

ORDEM DE SERVIÇO Nº 15695 1ª VIA - CLIENTE

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO:

DATA IMPRESSÃO: 22/10/2024 - 16:46

DATA EMISSÃO: 21/10/2024 - 08:30 VALIDADE: 1 DIA(S)

PREVISÃO DE ENTREGA: às Horas

ORÇAMENTO PRÉVIO A SER EMITIDO EM

CLIENTE PAGADOR

NOME RODO SERVICE LTDA

CÓDIGO: 4

ENDEREÇO: RUA TRENTO, 19

CEP: 86186190 BAIRRO: JD MONTECATINI CIDADE: CAMBE

UF: PR

CNPJ: 00.888.075/0004-50 I.E.: 9057469282

TEL (RES): (COM.): (43) 3174-3700 (CEL.): (43) 99989-7049

E-MAIL: garantia.cambe@rodoservice.com.br

TIPO SERVIÇO☐ EXTERNO☒ INTERNO☐ GARANTIA☐ REVISÃO**DADOS DO VEÍCULO**

MODELO: EXECUTIVO VOLARE W9C EXECUTIVO

PLACA:

CHASSI: 93PB88937SC101139

MOTOR: 36836859

ANO FAB: 2024

CÂMBIO: MP00102629

DIFERENCIAL:

COR: PRATA

KM: 2582

NÍVEL COMBUS:

COMBUSTÍVEL: DIESEL

DATA 1ª VENDA: 30/08/2024

DATA ÚLTIMA VENDA: 30/08/2024

CONC. VENDEDORA:

RODO SERVICE CAMBE

Nº CERTIFICADO GARANTIA:

PRISMA(Nº COR):

CONSULTOR TÉCNICO:

RAFAEL ROMANO

PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

NOME FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CAMPO MOURAO

CÓDIGO: 8631

ENDEREÇO RUA FRANCISCO FERREIRA ALBUQUERQUE

CEP: 87302220 BAIRRO: JD P CAMPO

CIDADE: CAMPO MOURAO

UF: PR

CNPJ: 09.263.109/0001-05 I.E.: ISENTA

TEL (RES): (COM.): (44) 3518-1600 (CEL.): (44) 33518-1600

E-MAIL: andre.tiago@campomourao.pr.gov.br

ITEM TP COD.TS**SERVIÇOS A EXECUTAR**

001 - I - IO - REVISÃO 19 ITENS

002 - I - IO - VERIFICAR PROBLEMA COM ENGATE DA 3ª MARCHA

OBSERVAÇÕES

Veículo retirado pelos Srs Adriano e Otávio após serviço do veículo, onde foi verificado possível problema com engate do veículo.

UTILIZAR ESTE CAMPO EM CASO DE SERVIÇO REEMBOLSADO

NOME:

ENDEREÇO:

CIDADE:

ESTADO:

FONE:

FAX:

DESPESAS

M.O. - REVISÃO

M.O. - MECÂNICA

M.O. - CARROÇARIA

M.O. - PINTURA

SERV. TERCEIROS

0,01

LAVAGEM

PEÇAS

ACESSÓRIOS

COMBUSTÍVEIS

LUBRIFICANTES

OUTROS

TOTAL

0,01

ESTOU CIENTE DAS CONDIÇÕES APRESENTADAS NESTA O.S. E QUE MEU VEÍCULO FOI DEIXADO NA CONCESSIONÁRIA CONFORME DESCRITO NO FORMULÁRIO "RECEBIMENTO DE VEÍCULO - VISTORIA" APRESENTADO EM ANEXO A ESTA O.S.

CAIXA

_____/_____/_____

VISTO**PRODUTO RETIRADO EM**

_____/_____/_____

Assinatura do Cliente

Assinatura do Cliente

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a Concessionária a enviar para análise técnica do fabricante, a(s) peça(s) constante(s) nesta Ordem de Serviço, e declaro estar ciente de que, na eventualidade do não enquadramento da(s) peça(s) relacionadas em garantia por parte do fabricante, autorizo o faturamento em meu nome e responsabilizo-me pelo pagamento das peças e dos custos adicionais relacionados ao serviço. Autorizo utilização de sistema de diagnóstico eletrônico veicular para elaboração de orçamento. Me declaro ciente da responsabilidade pelo pagamento do custo referente ao diagnóstico eletrônico, independentemente da aprovação do orçamento apresentado.

Declaro ter ciência de que o veículo aqui especificado deverá ser retirado no prazo máximo de 05 (cinco) dias a contar da comunicação da conclusão dos reparos, sob pena de cobrança de diário de estacionamento no valor de R\$ 210,00 (Duzentos e dez reais), a qual deverá ser quitada no momento da retirada.