



## 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
<b>1611/2025</b>	Ordinário	24/04/2025		

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
------------------	---------	--------------------	-----------------	------------------------	--------------------	-----------------	------------------------

Credor	Matricula	CPF/CNPJ				
Fornecedor	9470-6	053.380.549-06				
<b>GRAZIELLE ROSA SALOMAO</b>						
Endereço		Bairro				
RUA MIMO, 163 - CASA		CENTRO				
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\$ 34.251,88
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Valor empenhado
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde	<b>R\$ 300,13</b>
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	Saldo atual
1680 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	R\$ 33.951,75
Do Exercício	

Outras informações

Histórico

REFERENTE A VIAGEM PARA JACAREZINHO COM DESIGNO PARA LEVAR PACIENTES AO HOSPITAL DO OLHO NORTE

ELAINE NUNES FRANZONI POIELI

PATRICIA JULIANA GONCALEZ NASCIMENTO  
CONTADOR

MAYCON RODRIGO RODRIGUES DE SOUZA  
PREFEITO MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTOS DE DIÁRIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

45

NOME DO SERVIDOR: GRAZIELLE ROSA SALOMÃO

CARGO: MOTORISTA

C/C A SER CREDITADA: 38605-7

AGÊNCIA: 0509-6

BANCO: BANCO DO BRASIL

CIDADE : JACAREZINHO- PARANÁ

ASSUNTO/OBJETIVO DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE

Dia e horário de Saída de UNIFLOR: 23/04/2025 – 00:03 min

Dia e horário de Retorno a UNIFLOR: 23/04/202- 17:11 min

NÚMERO DE DIÁRIAS:1/2 DIÁRIA

MEIO DE TRANSPORTES: VEICULO DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE - PREFEITURA MUNICIPAL

RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DA MEIA DIÁRIAS - R\$:300,13

VALOR TOTAL – R\$: 300,13

DECLARO QUE O SERVIDOR A SER PRESTADO E/OU PARTICIPAÇÃO NO EVENTO PELO SERVIDOR É INTERESSE DESTES ÓRGÃO E SEU AFASTAMENTO NÃO ACARRETARÁ NEM ACARRETARÁ PREJUÍZOS ADMINISTRATIVOS.

EM,

  
SOLICITANTE

  
DIRETOR DO DEPARTAMENTO

Elaine Nunes Franzoni Poletti  
DIRETORA DE SAÚDE  
PORTARIA Nº 007/2025

  
Maycon Rodrigo Rodrigues de Souza  
Prefeito Municipal



**PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SANEAMENTO**

CNPJ 08.600.424/0001-07

**PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR**

**COMUNICADO DE VIAGEM**

**PARA: GRAZIELLE ROSA SALOMÃO**

**CARGO: MOTORISTA**

COMUNICAMOS A VOSSA SENHORIA QUE O DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
NECESSITA DO SEU DESLOCAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

**DESTINO**

**CIDADE: JACAREZINHO**

**ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE, ONDE PASARÁ  
POR PROCEDIMENTO DE CONSULTA MÉDICA E REALIZAÇÃO DE EXAMES, NO  
HOSPITAL DO OLHO NORTE PIONEIRO NA CIDADE DE JACAREZINHO-PARANÁ.**

**- AVALIAÇÃO MÉDICA.**

**SAIDA: 23/04 /2025 – 00:03 min**

**RETORNO A SEDE : 23/04/2025 – 17:11 min**

**QUILOMETRAGEM: 331 km**

**NÚMERO DE DIARIAS: 1/2 DIÁRIA**

**MEIO DE TRANSPORTE: VEICULO DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE - PREFEITURA  
MUNICIPAL**

SALIENTAMOS QUE A COMUNICAÇÃO SUPRA DE CORRE DA SUA FUNÇÃO  
EXERCIDA PARA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. CONTAMOS COM VOSSA  
COLABORAÇÃO, DESDE JÁ NOSSOS AGRADECIMENTOS.

**UNIFLOR/PR, 23 DE ABRIL DE 2025**

  
**ELAINE NUNES FRANZONI POJELLI**  
Diretora do Departamento Municipal de Saúde

**Elaine Nunes Franzoni Pojelli**  
**DIRETORA DE SAÚDE**  
**PORTARIA Nº 007/2025**

**RECEBIDO EM:**

  
**Assinatura do Servidor**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SANEAMENTO**

CNPJ 08.600.424/0001-07

UNFLOR /PR, 25 DE ABRIL DE 2025

**RELATÓRIO DE VIAGEM**

SERVIDOR: GRAZIELLE ROSA SALOMÃO

CARGO: MOTORISTA

DATA DA VIAGEM: 23/04/2025 a 23/04/2025

VEICULO OFICIAL: VEICULO DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE - PREFEITURA MUNICIPAL

VALOR DA 1/2 DIÁRIA:300,13

Considerando a concessão de 1/2 diária no valor de 300,13 ( trezentos e treze reais e treze centavos )

**INFORMO :**

JACAREZINHO-PARANÁ

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE, PARA REALIZAR CONSULTAS MÉDICAS E REALIZAÇÃO DE EXAMES, ONDE O MESMO IRÁ PASSAR POR PROCEDIMENTO DE CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - RETINA NO HOSPITAL DO OLHO NORTE PIONEIRO NA CIDADE DE JACAREZINHO-PARANÁ.

**OBS:**

DATA E HORARIO DA SAIDA :23/04/2025 - 00:03 min

DATA E HORARIO DO RETORNO A SEDE :23/042025 – 17:11 min

Atenciosamente,

**ELAINE NUNES FRANZONI**  
Diretora do Departamento Municipal de Saúde

Elaine Nunes Franzoni Pojeili  
DIRETORA DE SAÚDE  
POSTARIA Nº 007/2025

**RECEBIDO EM:**

Assinatura do Servidor

Rua Rosa, 363 - Centro - CEP 87.640-000 - Uniflor - Paraná

Fone: 3270-1114 - E-mail: [saude@uniflor.pr.gov.br](mailto:saude@uniflor.pr.gov.br) / [depsaudeuniflor@gmail.com](mailto:depsaudeuniflor@gmail.com)

