



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número **1663/2025** Tipo **Ordinário** Emitido em **30/04/2025** Requisição Nº _____ Req. Compra Nº _____

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 **PAULO JOSE DA SILVA** Matrícula **9486-2** CPF/CNPJ **044.154.569-60**
Endereço **RUA SANTO ANTONIO, 1427 - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Paranacity/PR** CEP **87660-000** Fone _____ Tipo de conta bancária: Banco _____ Agência _____ Conta _____

Classificação da despesa _____
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE _____ Saldo anterior
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE _____ R\$ 33.951,75
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde _____ Valor empenhado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS _____ R\$ 300,13
1680 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) _____ Saldo atual
Do Exercício _____ R\$ 33.651,62

Outras informações _____

Histórico _____
REFERENTE A DIARIA PARA MAIPORA PARA LEVAR PACIENTES
PARA AVALIACAO CIRURGICA

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

NOME DO SERVIDOR: PAULO JOSÉ DA SILVA

CARGO: MOTORISTA

C/ A SER CREDITADA (POUPANÇA): 7662-7 **AGÊNCIA:**0676-9 **BANCO:**BANCO DO BRASIL

CIDADE: IVAIPORÃ - PARANÁ

ASSUNTO/OBJETIVO DA VIAGEM:TRANSPORTE DE PACIENTE, ONDE PASARÁ POR PROCEDIMENTO DE CONSULTA MÉDICA, AVALIAÇÃO CIRURGICA NO HOSPITAL REGIONAL DE IVAIPORÃ - PARANÁ.

DIA E HORÁRIO DE SAÍDA DE UNIFLOR:28/04/2025 – 04:20min

DIA E HORÁRIO DE RETORNO A UNIFLOR:28/04/2025 –14:35 min

NÚMERO DE DIÁRIAS:1/2

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

RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DA 1/2 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 DESTE ÓRGÃO E SEU AFASTAMENTO NÃO ACRARRETARA NÃO ACARRETARA PREJUIZOS ADMINISTRATIVOS.

EM,


SOLICITANTE


DIRETOR DO DEPARTAMENTO


Maycon Rodrigo Rodrigues de Souza
Prefeito Municipal

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR
DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SANEAMENTO

CNPJ 08.600.424/0001-07

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

COMUNICADO DE VIAGEM

PARA: PAULO JOSÉ DA SILVA

CARGO: MOTORISTA

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

DESTINO

CIDADE: IVAIPORÃ- PARANÁ

**ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE, ONDE PASARÁ
POR PROCEDIMENTO DE CONSULTA MÉDICA, AVALIAÇÃO CIRURGICA , NO
HOSPITAL REGIONAL DE IVAIPORÃ - PARANÁ.**

- AVALIAÇÃO MÉDICA.

SAIDA: 28/04 /2025 -04:20 min

RETORNO A SEDE : 28/04/2025 -14:35min

QUILOMETRAGEM: 199,20 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, 28 DE ABRIL DE 2025

ELAINE NUNES FRANZONI POIELI

Diretora do Departamento Municipal de Saúde

Elaine Nunes Franzoni Poieli
DIRETORIA 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, 29 DE ABRIL DE 2025

RELATÓRIO DE VIAGEM

SERVIDOR: PAULO JOSÉ DA SILVA

CARGO: MOTORISTA

DATA DA VIAGEM: 28/04/2025 a 28/04/2025

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 :

IVAIPORÃ- PARANÁ

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE, PARA REALIZAR CONSULTA MÉDICA E AVALIAÇÃO CIRURGICA, NO HOSPITAL REGIONAL DE IVAIPORÃ - PARANÁ.

OBS:

DATA E HORARIO DA SAIDA: 28/04/2025 – 04:20-min (SEGUNDA -FEIRA)

DATA E HORARIO DO RETORNO A SEDE : 28/042025 –14:35min (SEGUNDA -FEIRA)

Atenciosamente,

ELAINE NUNES FRANZONI POIELI
Diretora do Departamento Municipal de Saúde

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

RECEBIDO EM:

Assinatura do Servidor

