



# 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>1914/2025</b>	Ordinário	05/05/2025		

Licitação	Número
Tipo	
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
Sequência Contrato							

Credor	Matricula	CPF/CNPJ				
Fornecedor	2640-9	677.688.579-68				
<b>JOSE APARECIDO BOCARITE</b>		Bairro				
Endereço						
RUA PROJETADA, 000000 - CASA						
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\$ 33.651,62
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
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\$ 33.351,49

### Outras informações

Histórico

REFERENTE AO TRANSPORTE DE PACIENTE  
PARA A CIDADE DE JACAREZINHO 06/05

ELAINE NUNES FRANZONI POIELI

PATRICIA JULIANA GONCALEZ NASCIMENTO  
CONTADOR

MAYCON RODRIGO RODRIGUES DE SOUZA  
PREFEITO MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

1680

REQUERIMENTOS DE DIÁRIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: JOSÉ APARECIDO BOCARITE

CARGO: MOTORISTA

C/C A SER CREDITADA: 6379-7

AGÊNCIA: 0509-6

BANCO: BANCO DO BRASIL

CIDADE : JACAREZINHO

ASSUNTO/OBJETIVO DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE

Dia e horário de Saída de UNIFLOR: 06/05/2025 - 01:00 min

Dia e horário de Retorno a UNIFLOR: 06/05/2025 - 16:00 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 DESTE ÓRGÃO E SEU AFASTAMENTO NÃO ACARRETARÁ NÃO ACARRETARÁ PREJUÍZOS ADMINISTRATIVOS.

EM,

  
SOLICITANTE

  
DIRETOR DO DEPARTAMENTO

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

**Maycon R.R de Souza**  
Maycon Rodrigo Rodrigues de Souza  
Prefeito Municipal

**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: JOSÉ APARCIDO BOCARITE**

**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 PACIENTES, PARA  
REALIZAÇÃO DE 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.**

**- AVALIAÇÃO MÉDICA.**

**SAIDA: 06/05/2025 - 01:00 MIN**

**RETORNO A SEDE: 06/05/2025 - 16:00 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, 05 DE MAIO DE 2025**

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

**Elaine Nunes Franzoni Poietti**  
**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, 07 DE MAIO DE 2025

**RELATÓRIO DE VIAGEM**

**SERVIDOR:** JOSÉ APARECIDO BOCARITE

**CARGO:** MOTORISTA

**DATA DA VIAGEM:** 06/05/2025 .

**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 PACIENTES, ONDE PASARÃO POR PROCEDIMENTO DE CONSULTAS MÉDICAS E REALIZAÇÃO DE EXAMES, NO HOSPITAL DO OLHO NORTE PIONEIRO NA CIDADE DE JACAREZINHO-PARANÁ.

**OBS:**

**DATA DA SAIDA:** 06/05/2025 – 01:00 min

**RETORNO A SEDE :**06/05/2025 – 16:00 min

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



# PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

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

SECRETARIA DE CONTROLE

Saúde

DEPARTAMENTO

## DIÁRIO DE BORDO

Veículo	Placas	Horário 24 Horas	Km Inicial	Tanque de combustível inicial	Destino	Km Final	Horário 24 Horas	Tanque de combustível final	Mais Referencia	Houve recebimento	Motorista responsável nome legível
HB	270								Mais		270 25
	RHU	9D15							Saúde		
30		13:00	574.425	3/4	Colombo	171.531	16:00	3/4	N		FELIX
02		04:00	171.531	3/4	Colombo	171.681	14:00	1/2	N		FELIX
02		14:00	171.681	3/4	Colombo	171.747	17:30	3/4	N		FELIX
04		18:00	171.747	3/4	Colombo	171.772	19:00	CHLHO	SIM		FELIX
03		6:30	171.772	CHHO	Condema	172.062	18:10	CHLHO	SIM		FELIX
06		1:00	172.062	11	Dezaninho	172.670	16:00	CHLHO	SIM		FELIX