



# 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>1948/2025</b>	Ordinário	13/05/2025		

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

EDIMAR APARECIDO FERREIRA DE MELO

Matrícula 2058-3

CPF/CNPJ 079.289.119-81

Bairro

Endereço  
RUA CRAVO

Cidade/UF  
Uniflor/PR

CEP 87640-000

Fone (44) 32701150

Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa		Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE		R\$ 33.051,36
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		Valor empenhado
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde		R\$ 300,13
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		Saldo atual
1680 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Do Exercício		R\$ 32.751,23

Outras informações

Histórico

REFERENTE A DIARIA DO MOTORISTA REFERENTE  
A VIAGEM DE JACAREZINHO PARA CONSULTAS

MAYCON R.R. de SOUZA

ELAINE NUNES FRANZONI POIELI

PATRICIA JULIANA GONCALEZ NASCIMENTO  
CONTADOR

MAYCON RODRIGO RODRIGUES DE SOUZA  
PREFEITO MUNICIPAL

Maycon Rodrigo Rodrigues de Souza  
Prefeito Municipal

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTOS DE DIÁRIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

50

**NOME DO SERVIDOR:** EDIMAR APARECIDO FERREIRA DE MELO

**CARGO:** MOTORISTA

**C/C A SER CREDITADA:** 6975-1

**AGÊNCIA:**0718

**BANCO:**BANCO SICREDI

**CIDADE:** JACAREZINHO

**ASSUNTO/OBJETIVO 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.

**Dia e horário de Saída de UNIFLOR:** 09/05/2025 – 00:17 min

**Dia e horário de Retorno a UNIFLOR:** 09/05/2025 –17:00 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,

Edimar A. Ferreira de Melo  
SOLICITANTE

[Assinatura]  
DIRETOR DO DEPARTAMENTO

Edimar Nunes Frizoni Pójeff  
SECRETARIA 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: EDIMAR APARECIDO FERREIRA DE MELO**

**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.**

**- AVALIAÇÕES MÉDICA.**

**SAIDA: 09/05/2025 - 00:17 min**

**RETORNO A SEDE : 09/05/2025 – 17:00 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, 08 de maio de 2025**

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

**Elaine Nunes Franzoni Poletti**  
**DIRETORA DE SAÚDE**  
**REGISTRO Nº 007/2025**

**RECEBIDO EM:**

  
**Assinatura do Servidor**



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

CNPJ 08.600.424/0001-07

UNIFLOR PR, 12 de Maio de 2025

**RELATÓRIO DE VIAGEM**

**SERVIDOR:** EDIMAR APARECIDO FERREIRA DE MELLO

**CARGO:** MOTORISTA

**DATA DA VIAGEM:** VEICULO OFICIAL: HB 20      **PLACA :** RHU-9D 15

**VALOR 1/2 DIÁRIA:** 300,13

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

**INFORMO:**

JACAREZINHO- PARANÁ

**ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM:** Transporte de Paciente, para realizar consulta médica e realização de exames, onde os mesmos irá passar por procedimento de consulta no HOSPITAL DO OLHO NORTE PIONEIRO NA CIDADE DE JACAREZINHO-PARANÁ. (HORARIO DA CONSULTA ÀS 07:00).

(JACAREZINHO/ PARANÁ)

**OBS:**

**DATA E HORARIO DA SAIDA:** 09/05/ 2025 – 00:17 min .

**DATA E HORARIO DO RETORNO A SEDE:** 09/05/2025 – 17:00 min .

Atenciosamente;

  
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

