



# Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

## NOTA DE EMPENHO

Número: **1934/2025** Tipo: **Ordinário** Emitido em: **08/05/2025** Requisição N°: \_\_\_\_\_ Req. Compra N°: \_\_\_\_\_

Licitação: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_  
 Sequência: \_\_\_\_\_ Contrato: \_\_\_\_\_

Credor: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_ CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_  
 Fornecedor: **JOSE CARLOS MARQUES ARNAUT** 2448-1 523.111.639-49  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: **CENTRO**  
 RUA CRISÂNTEMO, 59, S/N  
 Cidade/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Tipo de conta bancária: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_  
 Uniflor/PR 87640-000 (44) 32701304

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	R\$ 33.351,49
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\$ 33.051,36
Do Exercício	

### Outras informações

### Histórico

REFERENTE A DIARIA PARA LEVAR PACIENTES PARA CONSULTAS E AVALIAÇÕES PARA PONTA GROSSA

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:** JOSÉ CARLOS MARQUES ARNAUT

**CARGO:**MOTORISTA

**C/C A SER CREDITADA:** 33511-8      **AGÊNCIA:**0509-6      **BANCO:**BANCO DO BRASIL

**CIDADE:**PONTA GROSSA

**ASSUNTO/OBJETIVO DA VIAGEM:** TRANSPORTE DE PACIENTE PARA REALIZAR AVALIAÇÕES/EXAMES MÉDICO, ONDE O MESMO IRÁ PASSAR POR PROCEDIMENTO DE CONSULTA EM UROLOGIA NO HOSPITAL/CLINICA UROSAÚDE DA CIDADE DE PONTA GROSSA-PARANÁ.

**Dia e horário de Saída de UNIFLOR:**07/05/2025 – 04:20 min

**Dia e horário de Retorno a UNIFLOR:**07/05/2025 – 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,

  
\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE

  
\_\_\_\_\_  
DIRETOR DO DEPARTAMENTO

**MAYCON R.R. de SOUZA**  
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 CARLOS MARQUES ARNAUT**

**CARGO: MOTORISTA**

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

**DESTINO**

**CIDADE: PONTA GROSSA**

**ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE PARA REALIZAR  
AVALIAÇÕES/EXAMES MÉDICO, ONDE O MESMO IRÁ PASSAR POR PROCEDIMENTO  
DE CONSULTA EM UROLOGIA NO HOSPITAL/CLINICA UROSAÚDE DA CIDADE DE  
PONTA GROSSA-PARANÁ.**

**- AVALIAÇÃO MÉDICA.**

**SAIDA: 07/05 /2025 – 04:20 min**

**RETORNO A SEDE: 07/05/2025 - 17:00 min**

**QUILOMETRAGEM: 372,4 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, 06 DE MAIO DE 2025**

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

**RECEBIDO EM:**

**Assinatura do Servidor**



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

CNPJ 08.600.424/0001-07

UNFLOR 08 DE MAIO DE 2025

**RELATÓRIO DE VIAGEM**

SERVIDOR: JOSÉ CARLOS MARQUES ARNAUT

CARGO: MOTORISTA

DATA DA VIAGEM: 07/05/2025

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 : TRANSPORTE DE PACIENTE PARA REALIZAR AVALIAÇÕES/EXAMES MÉDICO, ONDE O MESMO IRÁ PASSAR POR PROCEDIMENTO DE CONSULTA EM UROLOGIA NO HOSPITAL/CLINICA UROSAÚDE DA CIDADE DE PONTA GROSSA-PARANÁ.**

PONTA GROSSA-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 :07/05/2025 - 04:20 min .

DATA E HORARIO DO RETORNO A SEDE :07/05/2025 – 17:00 min .

Atenciosamente,

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

RECEBIDO EM:

  
Assinatura do Servidor

