

OK

85



### 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>3332/2025</b>	Ordinário	04/08/2025		

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

**Classificação da despesa**

08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	Saldo anterior
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	R\$ 27.780,79
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde	Valor empenhado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	<b>R\$ 228,14</b>
1680 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Do Exercício	Saldo atual
	R\$ 27.552,65

**Outras informações**

**Histórico**  
REFERENTE AO PAGAMENTO DE MEIA DIÁRIA EM TRANSPORTE DE ALTA DE PACIENTE NA CIDADE DE JANDAIA DO SUL.

ELAINE NUNES FRANZONI POIELI

PATRICIA JULIANA GONCALEZ NASCIMENTO  
CONTADOR

MAYCON RODRIGO RODRIGUES DE SOUZA  
PREFEITO MUNICIPAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

**REQUERIMENTO 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: JANDAIA DO SUL-PARANÁ.**

**ASSUNTO/OBJETIVO DA VIAGEM: ALTA DE PACIENTE.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE SAÍDA DE UNIFLOR: 06/08/2025 às 08:20 min.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE RETORNO A UNIFLOR: 06/08/2025 às 14:00 min.**

**NÚMERO DE DIÁRIAS: ½ DIÁRIA.**

**MEIO DE TRANSPORTES: VEÍCULO DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE-PREFEITURA MUNICIPAL.**

RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DA DIÁRIA -R\$:456,28

VALOR TOTAL - R\$:228,14

DECLARO QUE O SERVIÇO A SER PRESTADO E/OU PARTICIPAÇÃO NO EVENTO PELO SERVIDOR É INTERESSE DESTE ÓRGÃO QUE O SEU AFASTAMENTO NÃO ACARRETERÁ EM PREJUÍZOS ADMINISTRATIVOS.

EM,

  
SOLICITANTE

  
DIRETOR DO DEPARTAMENTO

**Maycon Vinicius Ferrari**  
DIRETOR DE SAÚDE  
PORTARIA Nº 275/2025

  
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 CARLOS MARQUÊS ARNAUT.**

**CARGO: MOTORISTA.**

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

DESTINO:

**CIDADE: JANDAIA DO SUL-PARANÁ.**

**ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: ALTA DE PACIENTE.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE SAÍDA DE UNIFLOR: 06/08/2025 às 08:20 min.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE RETORNO A UNIFLOR: 06/08/2025 às 14:00 min.**

**QUILOMETRAGEM: 103 Km.**

**NÚMERO DE DIÁRIAS: ½ DIÁRIA.**

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

SALIENTAMOS QUE A COMUNICAÇÃO SUPRA O DECORRER DA SUA FUNÇÃO EXERCIDA PARA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. CONTAMOS COM VOSSA COLABORAÇÃO, DESDEJÁ NOSSOS AGRADECIMENTOS.

**UNIFLOR, 01 DE AGOSTO DE 2025.**

  
**MAYCON VINÍCIUS FERRARI**

Diretor do Departamento Municipal de Saúde

**Maycon Vinicius Ferrari**  
DIRETOR DE SAÚDE  
PORTARIA Nº 275/2025

**RECEBIDO EM:**

  
Assinatura do Servidor



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

CNPJ 08.600.424/0001-07

UNIFLOR/PR, 25 DE JULHO DE 2025

**RELATÓRIO DE VIAGEM**

**SERVIDOR:** JOSÉ CARLOS MARQUÊS ARNAUT.

**CARGO:** MOTORISTA.

**DATA DA VIAGEM:** 06/08/2025.

**VEÍCULO OFICIAL:** VEICULO DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE - PREFEITURA MUNICIPAL.

**VALOR DA ½ DIÁRIA:** 228,14

Considerando a concessão de ½ diária no valor de 228,14 (Duzentos e Vinte e Oito Reais e Quatorze centavos).

**INFORMO:**

**DESTINO:** JANDAIA DO SUL-PARANÁ.


**ASSUNTO/OBJETIVÓS DA VIAGEM:** ALTA DE PACIENTE.

**OBS:**

**DATA DA SAÍDA:** 06/08/2025 às 08:20 min.


**RETORNO A SEDE:** 06/08/2025 às 14:00 min.

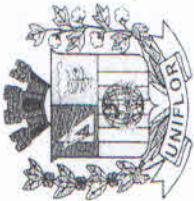
Atenciosamente,

  
-MAICON VINÍCIUS FERRARI  
Diretor do Departamento Municipal de Saúde

Maycon Vinicius Ferrari  
DIRETOR DE SAÚDE  
PORTARIA Nº 275/2025

**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

Veículo		Ombuds		Tanque de combustível		HORARIO 24 Horas		Km inicial		Km final		Destino		HORARIO 24 Horas		Tanque de combustível final		Mês Referência		Secretaria Responsável		Houve recebimento		Motorista responsável nome legível		
Placas		BOJ		4386														Agosto		Saúde				2025		
04	5:40	131032	131032	1/2	1/2	12:01	131196	131196	12:01	131196	12:01	131196	12:01	131196	12:01	131196	12:01	131196	não							cyroji farias
04	13:30	131196	131196	- 1/2	- 1/2	14:50	131226	131226	14:50	131226	14:50	131226	14:50	131226	14:50	131226	14:50	131226	sim							cyroji farias
06	5:40	131236	131236	3/4	3/4	13:40	131443	131443	13:40	131443	13:40	131443	13:40	131443	13:40	131443	13:40	131443	N							Carlinhos
07	5:50	131443	131443	3/4	3/4	13:00	131590	131590	13:00	131590	13:00	131590	13:00	131590	13:00	131590	13:00	131590	N							Carlinhos