

Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

OK



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

NOTA DE EMPENHO

Número 3463/2025	Tipo Ordinário	Emitido em 26/08/2025	Requisição Nº	Req. Compra Nº
----------------------------	--------------------------	---------------------------------	----------------------	-----------------------

Licitação _____
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 _____
Fornecedor: **EDIMAR APARECIDO FERREIRA DE MELO**

Matricula 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\$ 22.410,67
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Valor empenhado
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde	R\$ 228,14
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	Saldo atual
1680 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	R\$ 22.182,53
Do Exercício	

Outras informações _____

Histórico _____
REFERENTE A MEIA DIÁRIA EM TRANSPORTE DE PACIENTE, EM CONSULTA ESPECIALIZADA NA CIDADE DE ARAPONGAS-PARANÁ.

MAYCON VINICIUS FERRARI
DIRETOR DEPARTAMENTO DE SAÚDE

PATRICIA JULIANA GONCALEZ NASCIMENTO
CONTADOR

MAYCON RODRIGO RODRIGUES DE SOUZA
PREFEITO MUNICIPAL

98

1680

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIÁRIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: EDIMAR APARECIDO FERREIRA DE MELO.

CARGO: MOTORISTA.

C/C A SER CREDITADA: 6975-1.

AGÊNCIA: 0718.

BANCO: BANCO SICREDI.

CIDADE: ARAPONGAS-PARANÁ.

ASSUNTO/OBJETIVO DA VIAGEM: CONSULTA ESPECIALIZADA.

DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE SAÍDA DE UNIFLOR: 28/08/2025 às 05:30 hrs.

DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE RETORNO A UNIFLOR: 28/08/2025 às 17:00 hrs.

NÚMERO DE DIÁRIAS: ½ DIÁRIA.

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

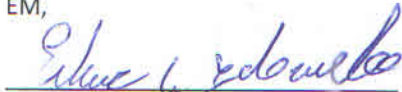
RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DA DIÁRIA -R\$: 456,28

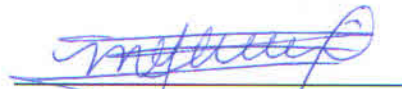
VALOR TOTAL - R\$: 228,14

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 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

UNIFLOR/PR

RELATÓRIO DE VIAGEM

SERVIDOR: EDIMAR APARECIDO FERREIRA DE MELO.

CARGO: MOTORISTA.

DATA DA VIAGEM: 30/08/2025.

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: ARAPONGAS-PARANÁ.

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: CONSULTA ESPECIALIZADA.

OBS:

DATA DA SAÍDA: 28/08/2025 às 05:30 hrs.

RETORNO A SEDE: 28/08/2025 às 17:00 hrs.

Atenciosamente,

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 - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **3972/2025** Emitido em **29/08/2025** Requisição N° **3463/2025**

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**
Barro

Endereço **RUA CRAVO**
Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone **(44) 32701150**
Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa	Saldo do empenho
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	R\$ 228,14
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde	R\$ 228,14
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	
1680 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	R\$ 0,00

Outras informações	Total de retenções
	R\$ 0,00
	Valor líquido
	R\$ 228,14

Servidor que autorizou a liquidação
30033 - MAYCON VINICIUS FERRARI

Vencimento da liquidação
28/09/2025

Histórico
REFERENTE A MEIA DIÁRIA EM TRANSPORTE DE PACIENTE, EM CONSULTA ESPECIALIZADA NA CIDADE DE ARAPONGAS-PARANÁ.