



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número 3473/2025	Tipo Ordinário	Emitido em 26/08/2025	Requisição Nº	Req. Compra Nº
----------------------------	--------------------------	---------------------------------	----------------------	-----------------------

Licitação Tipo Sem licitação	Número
---	---------------

Contrato/Aditivo Seqüência Contrato	Aditivo	Início da vigência	Fim da vigência	Fim da vig. atualizada	Início da execução	Fim da execução	Fim da exe. atualizada
---	----------------	---------------------------	------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------	-------------------------------

Credor Fornecedor GRAZIELLE ROSA SALOMAO	Matricula 9470-6	CPF/CNPJ 053.380.549-06
Endereço RUA MIMO, 163 - CASA	Bairro CENTRO	
Cidade/UF Uniflor/PR	CEP 87640-000	Fone
	Tipo de conta bancária	Banco
	Agência	Conta

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	R\$ 20.510,34
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%) Do Exercício	R\$ 20.282,20

Outras informações

Histórico
REFERENTE A MEIA DIÁRIA EM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA A CIDADE DE CIANORTE EM CONSULTA ESPECIALIZADA.

MAYCON VINICIUS FERRARI
DIRETOR DEPARTAMENTO DE SAÚDE

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: GRAZIELLE ROSÁ SALOMÃO.

CARGO: MOTORISTA.

C/C A SER CREDITADA: 38605-7

AGÊNCIA: 0509-6

BANCO: BANCO DO BRASIL.

CIDADE: CIANORTE-PARANÁ.

ASSUNTO/OBJETIVO DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE.

DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE SAÍDA DE UNIFLOR: 30/08/2025 às 11:30 hrs.

DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE RETORNO A UNIFLOR: 30/08/2025 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: GRAZIELLE ROSÁ SALOMÃO.

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: CIANORTE-PARANÁ.

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: TRANSPORTE DE PACIENTE.

OBS:

DATA DA SAÍDA: 30/08/2025 às 11:30 min.

RETORNO A SEDE: 30/08/2025 às 17:00 hrs.

Atenciosamente,

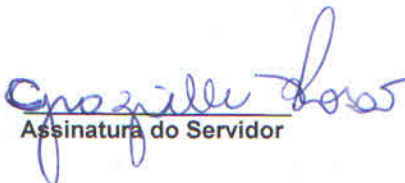


MAYCON VINÍCIUS FERRARI

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 **4013/2025** Emitido em **01/09/2025** Requisição Nº _____ Empenho Nº **3473/2025**

Licitação _____
Tipo _____ Número _____

Sem licitação

Contrato/Aditivo _____

Seqüência Contrato Aditivo Início da vigência Fim da vigência Fim da vig. atualizada Início da execução Fim da execução Fim da exe. atualizada

Credor _____

Fornecedor

GRAZIELLE ROSA SALOMAO

Matrícula

9470-6

CPF/CNPJ

053.380.549-06

Endereço

RUA MIMO, 163 - CASA

Bairro

CENTRO

Cidade/UF

Uniflor/PR

CEP

87640-000

Fone

Tipo de conta bancária

Banco

Agência

Conta

Classificação da despesa _____

08 DEPARTAMENTO DE SAUDE

08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde

3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS

1680 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)

Saldo do empenho

R\$ 228,14

Valor liquidado

R\$ 228,14

Saldo a Liquidar

R\$ 0,00

Outras informações _____

Retenções _____

Total de retenções

R\$ 0,00

Valor líquido

R\$ 228,14

Servidor que autorizou a liquidação _____

30033 - MAYCON VINICIUS FERRARI

Vencimento da liquidação _____

01/10/2025

Histórico _____

REFERENTE A MEIA DIÁRIA EM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA A CIDADE DE CIANORTE EM CONSULTA ESPECIALIZADA.