



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número	Tipo	Emite em	Requisição Nº	Req. Compra Nº
3806/2025	Ordinário	04/09/2025		

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: **PAULO JOSE DA SILVA**
Endereço: RUA SANTO ANTONIO, 1427 - CASA
Cidade/UF: Paranacity/PR
Matrícula: 9486-2
CPF/CNPJ: 044.154.569-60
Bairro: CENTRO
CEP: 87660-000
Fone:
Tipo de conta bancária: Banco Agência Conta

Classificação da despesa

08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	Saldo anterior
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	R\$ 19.753,93
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde	Valor empenhado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS	R\$ 228,14
1680 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
Do Exercício	R\$ 19.525,79

Outras informações

Histórico
REFERENTE AO PAGAMENTO DE MEIA DIÁRIA EM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA 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

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIÁRIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: PAULO JOSÉ DA SILVA.

CARGO: MOTORISTA.

C/C A SER CREDITADA: 7662-7

AGÊNCIA: 0676-9

BANCO: BANCO DO BRASIL.

CIDADE: ARAPONGAS-PARANÁ.

ASSUNTO/OBJETIVO DA VIAGEM: CONSULTA ESPECIALIZADA.

DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE SAÍDA DE UNIFLOR: 10/09/20235 às 05:00 Hrs.

DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE RETORNO A UNIFLOR: 10/09/2025 às 12:30 Hrs.

NÚMERO DE DIÁRIAS: ½ DIÁRIA.

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

RECURSOS SOLICITADOS

VALOR DA DIÁRIA -R\$: 456,28

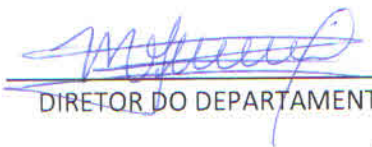
VALOR TOTAL - R\$: 228,14

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: PAULO JOSÉ DA SILVA.

CARGO: MOTORISTA.

DATA DA VIAGEM: 10/09/2025.

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: 10/09/2025 às 05:00 Hrs.

RETORNO A SEDE: 10/09/2025 às 12:30 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

Av. Das Flores, 118 - UNIFLOR - PR - CEP 87640-000 - TEL. (44) 3270-1150

SECRETARIA DE CONTROLE

Saúde

DEPARTAMENTO

DIÁRIO DE BORDO

Veículo	HB 20	Mês Referência	Secretaria Responsável	Motorista Responsável (nome completo)	
Placas	RHU	Setembro	Saúde	Saúde	
DIA	HORARIO 24 Horas	Km Inicial	Tanque de combustível início	Houve recebimento	
1	10:00	207893	1/4	mes	Saúde prof
2	11:00	207919	1/4	mes	Saúde prof
3	12:50	207957	cheio	mes	Saúde prof
4	5:30	20804	1/2	mes	Saúde prof
5	8:00	208252	1/4	mes	Saúde prof
5	13:40	208384	1/4	mes	Saúde prof
5	14:58	208416	1/4	mes	Saúde prof
8	7:00	208445	1/4	mes	Saúde prof
8	12:32	208535	3/4	mes	Saúde prof
09	5:30	208661	1/2	mes	Saúde prof
09	13:00	208651	1/2	mes	Saúde prof
10	5:10	208832	1/4	mes	Saúde prof



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número **4098/2025** Emitido em **09/09/2025** Requisição N° _____ Empenho N° **3806/2025**

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 **PAULO JOSE DA SILVA** Matrícula **9486-2** CPF/CNPJ **044.154.569-60**
Endereço **RUA SANTO ANTONIO, 1427 - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Paranacity/PR** CEP **87660-000** Fone _____ Tipo de conta bancária _____ Banco _____ Agência _____ Conta _____

Classificação da despesa _____
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE Saldo do empenho
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE R\$ 228,14
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde Valor liquidado
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS R\$ 228,14
1680 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) 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 _____
09/10/2025

Histórico _____
REFERENTE AO PAGAMENTO DE MEIA DIÁRIA EM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA CONSULTA ESPECIALIZADA NA CIDADE DE ARAPONGAS- PARANÁ.