



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número **3807/2025** Tipo **Ordinário** Emitido em **04/09/2025** Requisição Nº Req. Compra Nº

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 APARECIDO BOCARITE** Matrícula **2640-9** CPF/CNPJ **677.688.579-68**
Endereço **RUA PROJETADA, 000000 - CASA** Bairro
Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa		
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE		Saldo anterior
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		R\$ 19.525,79
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\$ 19.297,65

Outras informações

Histórico
REFERENTE A O 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

109

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

REQUERIMENTO DE DIÁRIAS

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

NOME DO SERVIDOR: JOSÉ APARECIDO BOCARITE.
CARGO: MOTORISTA.
C/C A SER CREDITADA: 6379-7. AGÊNCIA: 0509-6. BANCO: BANCO DO BRASIL.

CIDADE: ARAPONGAS-PARANÁ.

ASSUNTO/OBJETIVO DA VIAGEM: CONSULTA ESPECIALIZADA.

DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE SAÍDA DE UNIFLOR: 11/09/2025 às 05:00 Hrs.
DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE RETORNO A UNIFLOR: 11/09/2025 às 14:30 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: JOSÉ APARECIDO BACARITE.

CARGO: MOTORISTA.

DATA DA VIAGEM: 11/09/2025.

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: 11/09/2025 às 05:00 Hrs.

RETORNO A SEDE: 11/09/2025 às 14:30 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

Veículo	HB 20		TANQUE DE COMBUSTÍVEL INÍCIO	DESTINO	Km final	HORÁRIO 24 Horas	Mês Referência	DEPARTAMENTO	
	RHU	9D16						Setembro	Saúde
Placas	HORÁRIO 24 Horas	Km Inicial	TANQUE DE COMBUSTÍVEL INÍCIO	DESTINO	Km final	HORÁRIO 24 Horas	Secretaria Responsável	Houve recebimento	Motorista responsável nome legível
1	10:00	207893	1/4	N.ESP	207911	10:40	4/4	não	Paulo José
2	16:00	207919	1/4	UNIFLOR	207935	16:35	1/4	-	DAVID
3	12:50	207957	cheio	Uniflor	207949	10:20	cheio	não	Paulo José
4	5:30	20804	1/4	Coloado	208041	16:36	cheio	não	Diogo mochi
5	8:00	208252	1/2	ARRAIORES	208252	16:00	1/2	não	Eduardo
5	13:10	208384	4/4	MGA	208384	12:00	4/4	não	Paulo José
5	14:58	208416	4/4	N.GSP	208416	13:53	4/4	não	Paulo José
8	7:00	208445	4/4	N.ESP	208449	17:07	4/4	não	Paulo José
8	12:32	208535	+3/4	CELOPADO	208535	9:40	2/4	não	Eduardo
09	5:30	208641	1/2	COLORADO	208641	18:40	-3/4	não	Paulo José
09	13:00	208651	-1/2	ARRAIORES	208651	11:00	-1/2	não	Paulo José
10	5:10	208882	4/4	N.ESP	208661	15:00	2/4	não	Paulo José
10	18:00	209077	+3/4	ARAPONGAS	209077	12:15	+3/4	não	Paulo José
11	5:00	209165	3/4	COLORADO	209165	19:16	3/4	não	Paulo José
12	8:20	209434	CHEIO	ARRAIORES	209434	15:30	CHEIO	SIM	Eduardo
15	8:00	209468	cheio	N.ESP	209468	9:30	CHEIO	não	Eduardo
15	8:35	209498	cheio	n. Espiranga	209498	8:34	cheio	não	Paulo José
				Jaranduba	209637	10:25	+1/2	não	Paulo José



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Número	Emitido em	Requisição Nº	Empenho Nº
4206/2025	16/09/2025		3807/2025

Licitação _____
 Tipo _____ Número _____
 Sem licitação

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 APARECIDO BOCARITE** Matrícula **2640-9** CPF/CNPJ **677.688.579-68**
 Endereço **RUA PROJETADA, 000000 - CASA** Bairro _____
 Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone _____ 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		Valor liquidado
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde		R\$ 228,14
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		Saldo a Liquidar
1680 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		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 _____
16/10/2025

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