



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

OK

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

NOTA DE EMPENHO

Número 3834/2025	Tipo Ordinário	Emitido em 09/09/2025	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 CARLOS MARQUES ARNAUT
Matrícula: 2448-1
CPF/CNPJ: 523.111.639-49
Endereço: RUA CRISÂNTEMO, 59, S/N
Bairro: CENTRO
Cidade/UF: Uniflor/PR
CEP: 87640-000 Fone: (44) 32701304
Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa

08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	Saldo anterior	R\$ 19.069,51
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Valor empenhado	R\$ 228,14
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde	Saldo atual	R\$ 18.841,37
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		
1680 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) Do Exercício		

Outras informações

Histórico
REFERENTE A MEIA DIÁRIA EM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA A CIDADE DE ARAPONGAS 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: JOSÉ CARLOS MARQUES ARNAUT.

CARGO: MOTORISTA.

C/C A SER CREDITADA: 33511-8.

AGÊNCIA: 0509-6

BANCO: BANCO DO BRASIL.

CIDADE: ARAPONGAS-PARANÁ.

ASSUNTO/OBJETIVO DA VIAGEM: CONSULTA ESPECIALIZADA.

DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE SAÍDA DE UNIFLOR: 16/09/2025 às 05:30 Min.

DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE RETORNO A UNIFLOR: 16/09/2025 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: JOSÉ CARLOS MARQUES ARNAUT.

CARGO: MOTORISTA.

DATA DA VIAGEM: 16/09/2025.

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: 16/09/2025 às 05:30 Min.

RETORNO A SEDE: 16/09/2025 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 **4199/2025** Emitido em **16/09/2025** Requisição Nº _____ Empenho Nº **3834/2025**

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 CARLOS MARQUES ARNAUT** Matrícula **2448-1** CPF/CNPJ **523.111.639-49**
Endereço **RUA CRISÂNTEMO, 59, S/N** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone **(44) 32701304** 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 (EC. 29/00 - 15%) Saldo à 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 _____
16/10/2025

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