



# Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

## NOTA DE EMPENHO

Número **4392/2025** Tipo **Ordinário** Emitido em **13/10/2025** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Req. Compra Nº \_\_\_\_\_

Licitação \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

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

Classificação da despesa \_\_\_\_\_ Saldo anterior \_\_\_\_\_  
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE R\$ 15.587,57  
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\$ 15.359,43  
Do Exercício

Outras informações \_\_\_\_\_

Histórico \_\_\_\_\_  
REFERENTE A MEIA DIÁRIA PARA CIDADE DE ARAPONGAS, EM TRANSPORTE DE PACIENTE PACIENTE COM ALTA MÉDICA.

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 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: ALTA MÉDICA DE PACIENTE.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE SAÍDA DE UNIFLOR: 15/10/2025 às 11:00 Hrs.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE RETORNO A UNIFLOR: 15/10/2025 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 ACARRETA 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

PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

COMUNICADO DE VIAGEM

**PARA: JOSÉ APARECIDO BOCARITE.**

**CARGO: MOTORISTA.**

COMUNICAMOS A VOSSA SENHORIA QUE O DEPARTAMENTO DE SAÚDE NECESSITA DO SEU DESLOCAMENTO FORA DE DOMÍLIO.

DESTINO:

**CIDADE: ARAPONGAS-PARANÁ.**

**ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: ALTA MÉDICA DE PACIENTE.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE SAÍDA DE UNIFLOR: 15/10/2025 às 11:00 Hrs.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE RETORNO A UNIFLOR: 15/10/2025 às 17:00 Hrs.**

**QUILOMETRAGEM: 123 Km.**

**NÚMERO DE DIÁRIAS: ½ DIÁRIA.**

**MEIO DE TRANSPORTE: VEICULO DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE- PREFEITURA MUNICIPAL.**

SALIENTAMOS QUE A COMUNICAÇÃO SUPRA O DECORRER DA SUA FUNÇÃO EXERCIDA PARA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. CONTAMOS COM VOSSA COLABORAÇÃO, DESDEJÁ NOSSOS AGRADECIMENTOS.

**UNIFLOR, 13 DE OUTUBRO DE 2025.**

  
**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**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SANEAMENTO**

CNPJ 08.600.424/0001-07

UNIFLOR/PR

**RELATÓRIO DE VIAGEM**

**SERVIDOR:** JOSÉ APARECIDO BOCARITE.

**CARGO:** MOTORISTA.

**DATA DA VIAGEM:** 15/10/2025.

**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:** ALTA MÉDICA DE PACIENTE.

**OBS:**

**DATA DA SAÍDA:** 15/10/2025 às 12:00 Hrs.

**RETORNO A SEDE:** 15/10/2025 às 18:30 Min.

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

