



# Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

## NOTA DE EMPENHO

Número	Tipo	Emitido em	Requisição Nº	Req. Compra Nº
<b>4458/2025</b>	Ordinário	16/10/2025		

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**  
Endereço: RUA MIMO, 163 - CASA  
Cidade/UF: Uniflor/PR

Matrícula: 9470-6  
CPF/CNPJ: 053.380.549-06  
Bairro: CENTRO

CEP: 87640-000 Fone: Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa		Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE		R\$ 15.359,43
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		Valor empenhado
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde		<b>R\$ 228,14</b>
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS		Saldo atual
1680 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)		R\$ 15.131,29
Do Exercício		

### Outras informações

Histórico  
REFERENTE A MEA DIÁRIA EM TRANSPORTE DE PACIENTE DE ALTA MÉDICA NA CIDADE DE ASTORGA- 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: GRAZIELLE ROSÁ SALOMÃO.**

**CARGO: MOTORISTA.**

**C/C A SER CREDITADA: 38605-7**

**AGÊNCIA: 0509-6**

**BANCO: BANCO DO BRASIL.**

**CIDADE: ASTORGA-PARANÁ.**

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

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE SAÍDA DE UNIFLOR: 19/10/2025 às 13:30 Min.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE RETORNO A UNIFLOR: 19/10/2025 às 16:40 Min.**

**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 ACARRETARÁ 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: GRAZIELLE ROSÁ SALOMÃO.**

**CARGO: MOTORISTA.**

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

DESTINO:

**CIDADE: ASTORGA-PARANÁ.**

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

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE SAÍDA DE UNIFLOR: 19/10/2025 às 13:30 Min.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE RETORNO A UNIFLOR: 19/10/2025 às 16:40 Min.**

**QUILOMETRAGEM: 88 Km.**

**NÚMERO DE DIÁRIAS:**

**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, 15 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:** GRAZIELLE ROSÁ SALOMÃO.

**CARGO:** MOTORISTA.

**DATA DA VIAGEM:** 19/10/2025.

**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:** ASTORGA-PARANÁ.

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

**OBS:**

**DATA DA SAÍDA:** 19/10/2025 às 13:30 Min.

**RETORNO A SEDE:** 19/10/2025 às 16:40 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

