



# Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

## NOTA DE EMPENHO

Número **4970/2025** Tipo **Ordinário** Emitido em **03/11/2025** Requisição Nº \_\_\_\_\_ Req. Compra Nº \_\_\_\_\_

Licitação \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ 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  
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde  
3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS  
1680 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)  
Do Exercício

Saldo anterior	R\$ 14.446,87
Valor empenhado	<b>R\$ 228,14</b>
Saldo atual	R\$ 14.218,73

Outras informações \_\_\_\_\_

Histórico \_\_\_\_\_  
REFERENTE A MEIA DIÁRIA PARA CIDADE DE ARAPONGAS, TRANSPORTE DE PACIENTE EM RETORNO DE PÓS CIRÚRGIA.

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 MARQUÊS ARNAUT.**

**CARGO: MOTORISTA.**

**C/C A SER CREDITADA: 33511-8**

**AGÊNCIA: 0509-6**

**BANCO: BANCO DO BRASIL.**

**CIDADE: ARAPONGAS-PARANÁ.**

**ASSUNTO/OBJETIVO DA VIAGEM: RETORNO DE PACIENTE APÓS CIRÚRGIA.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE SAÍDA DE UNIFLOR: 06/11/2025 às 08:00 Hrs.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE RETORNO A UNIFLOR: 06/11/2025 às 17:00 Hrs.**

**NÚMERO DE DIÁRIAS: ½ DIÁRIA.**

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

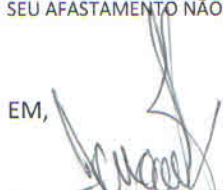
**RECURSOS SOLICITADOS**

**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 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 CARLOS MARQUÊS ARNAUT.**

**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: RETORNO DE PACIENTE APÓS CIRÚRGIA.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE SAÍDA DE UNIFLOR: 06/11/2025 às 08:00 Hrs.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE RETORNO A UNIFLOR: 06/11/2025 às 17:00 Hrs.**

**QUILOMETRAGEM: 123 Km.**

**NÚMERO DE DIÁRIAS: 1/2 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, 30 DE OUTUBRO DE 2025.**

**MAYCON VINÍCIUS FERRARI**

Diretor do Departamento Municipal de Saúde

**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 CARLOS MARQUÊS ARNAUT.

**CARGO:** MOTORISTA.

**DATA DA VIAGEM:** 06/11/2025.

**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:** RETORNO DE PACIENTE APÓS CIRÚRGIA.

**OBS:**

**DATA DA SAÍDA:** 06/11/2025 às 07:10 Min.

**RETORNO A SEDE:** 06/11/2025 às 17:45 Min.

Atenciosamente,

  
MAYCON VINÍCIUS FERRARI  
DIRETOR DE SAÚDE  
PORTARIA Nº 275/2025

Diretor do Departamento Municipal de Saúde

**RECEBIDO EM:**

  
Assinatura do Servidor



# PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

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

*mg*

SECRETARIA DE CONTROLE

Sauce

DEPARTAMENTO

## DIÁRIO DE BORDO

Veículo	Placas	DIA	HORARIO das Horas	HB	RHU	Km Inicial	Km final	HORARIO 24 Horas	Mês Referência	Secretaria Responsável	Torneio	Motoleta (respostas) nome legível
04	520	203754	-3	9015	CPLOAPP	203838	6:40	3	Novembro	2015	1/20	Eckert
04	10:00	203838	1/2		Colaredo	203918	11:30	1/2	Saúde		mar	Cróz dos Reis
04	11:30	203918	1/2		n. Espumoso	203948	13:30	chico			Spine	Cróz dos Reis
04	13:30	203948	chico		n. Espumoso	203996	14:40	chico			mar	Cróz dos Reis
05	8:00	203996	chico		n. Espumoso	204036	09:44	4 1/2			mar	Cróz dos Reis
05	09:30	204036	1 1/2		n. Espumoso	204069	10:44	1/2			N	subm
05	10:30	204069	3/4		n. Espumoso	204099	15:30	3/4			N	FLO
06	7:10	204100	3/4		ARAPONENSIS	204364	17:45	chico			5/17	Colaredo
07	10:30	204364	4 1/2		n. Espumoso	204427	11:45	4 1/2			mar	Cróz dos Reis
10	5:00	204432	-1/4		ARAPONENSIS	204691	11:45	+3/2			mar	Colaredo
10	12:00	204691	+1/2		COLARADO	204790	19:27	+3/4			mar	Colaredo
11	07:30	204790	+3/4		maingá	204938	11:45				NÃO	Cróz dos Reis
11	15:00	204938	chico		CURITIBA	205954	18:30	6/10			SIA	Colaredo
13	5:30	205954	chico		Colaredo	206039	06:30	4 1/2			mar	Cróz dos Reis
13	9:00	206041	3/4		Colaredo	206125	11:30	+1/2			NÃO	Colaredo
13	12:00	206125	+1/2		COLARADO	206208	13:30	1/2			N	Colaredo
13	14:30	206208	1/2		Colaredo	206293	16:20	-1/2			N	Colaredo
13	16:30	206293	-1/2		n. Espumoso	206323	17:20	chico			SIA	Colaredo