



# 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>4995/2025</b>	Ordinário	05/11/2025		

Licitação	Número
Tipo	
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
Seqüência Contrato							

Credor	Matricula	CPF/CNPJ
Fornecedor		
<b>EDIMAR APARECIDO FERREIRA DE MELO</b>	2058-3	079.289.119-81
Endereço	Bairro	
RUA CRAVO		
Cidade/UF	CEP	Fone
Uniflor/PR	87640-000	(44) 32701150
	Tipo de conta bancária	Banco Agência Conta

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	R\$ 14.218,73
08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
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\$ 13.990,59

Outras informações

Histórico  
REFERENTE A MEIA DIÁRIA EM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA PROCEDIMENTO E EXAMES NA CIDADE DE ARAPONGAS NO DIA 07/11/2025.

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: EDIMAR APARECIDO FERREIRA DE MELO.**

**CARGO: MOTORISTA.**

**C/C A SER CREDITADA: 6975-1.**

**AGÊNCIA: 0718.**

**BANCO: BANCO SICREDI.**

**CIDADE: ARAPONGAS-PARANÁ.**

**ASSUNTO/OBJETIVO DA VIAGEM: PROCEDIMENTOS E EXAMES .**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE SAÍDA DE UNIFLOR: 07/11/2025 às 06:00 Hrs.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE RETORNO A UNIFLOR: 07/11/2025 às 16:00 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,

Edimar Aparecido Ferreira de Melo  
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: EDIMAR APARECIDO FERREIRA DE MELO.**

**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: PROCEDIMENTOS E EXAMES.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE SAÍDA DE UNIFLOR: 07/11/2025 às 06:00 Hrs.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE RETORNO A UNIFLOR: 07/11/2025 às 16:00 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, 03 DE NOVEMBRO 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:** EDIMAR APARECIDO FERREIRA DE MELO.

**CARGO:** MOTORISTA.

**DATA DA VIAGEM:** 07/11/2025.

**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:** PROCEDIMENTOS E EXAMES.

**OBS:**

**DATA DA SAÍDA:**07/11/2025 às 06:00 Hrs.

**RETORNO A SEDE:**07/11/2025 às 10:00 Hrs.

Atenciosamente,

  
**MAYCON VINICIUS 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:** EDIMAR APARECIDO FERREIRA DE MELO.

**CARGO:** MOTORISTA.

**DATA DA VIAGEM:** 07/11/2025.

**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:**

**ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM:**

**OBS:**

**DATA DA SAÍDA:** 07/11/2025 às 19:30 Min.

**RETORNO A SEDE:** 07/11/2025 às 00:00 Hrs.

Atenciosamente,

**MAYCON VINÍCIUS FERRARI**  
Diretor do Departamento Municipal de Saúde

**Maycon Vinícius Ferrari**  
DIRETOR DE SAÚDE  
PORTARIA Nº 275/2025

**RECEBIDO EM:**

Assinatura do Servidor

