



Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

NOTA DE EMPENHO

Número **4996/2025** Tipo **Ordinário** Emitido em **05/11/2025** 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 **GRAZIELLE ROSA SALOMAO** Matrícula **9470-6** CPF/CNPJ **053.380.549-06**
Endereço **RUA MIMO, 163 - CASA** Bairro **CENTRO**
Cidade/UF **Uniflor/PR** CEP **87640-000** Fone Tipo de conta bancária Banco Agência Conta

Classificação da despesa		Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE		R\$ 13.990,59
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\$ 13.762,45

Outras informações

Histórico REFERENTE A MEIA DIÁRIA EM RETORNO DE TRANSPORTE DE PACIENTE NA CIDADE DE MANDA GUARI NO DIA 08/11/2025.

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: GRAZIELLE ROSÁ SALOMÃO.

CARGO: MOTORISTA.

C/C A SER CREDITADA: 38605-7

AGÊNCIA: 0609-6

BANCO: BANCO DO BRASIL.

CIDADE: MANDAGUARI-PARANÁ.

ASSUNTO/OBJETIVO DA VIAGEM: RETORNO DE PACIENTES.

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

DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE RETORNO A UNIFLOR: 08/11/2025 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 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: MANDAGUARI-PARANÁ.

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: RETORNO DE PACIENTES.

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

DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE RETORNO A UNIFLOR: 08/11/2025 às 17:00 Hrs.

QUILOMETRAGEM: 98 Km.

NÚMERO DE DIÁRIAS: ½ DIÁRIA.

MEIO DE TRANSPORTE: VEÍCULO 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: GRAZIELLE ROSÁ SALOMÃO.

CARGO: MOTORISTA.

DATA DA VIAGEM: 08/11/2025.

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: MANDAGUARI-PARANÁ.

ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM: RETORNO DE PACIENTES.

OBS:

DATA DA SAÍDA: 08/11/2025 às 06:00 Hrs.

RETORNO A SEDE: 08/11/2025 às 11:10 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

