



# 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>5475/2025</b> | Ordinário | 28/11/2025 |               |                |

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

|                               |                        |                     |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|
| Forneceador                   | Matricula              | CPF/CNPJ            |
| <b>GRAZIELLE ROSA SALOMAO</b> | 9470-6                 | 053.380.549-06      |
| Endereço                      | Bairro                 |                     |
| RUA MIMO, 163 - CASA          | CENTRO                 |                     |
| Cidade/UF                     | CEP                    | Fone                |
| Uniflor/PR                    | 87640-000              |                     |
|                               | Tipo de conta bancária | Banco Agência Conta |

Classificação da despesa

|   |                   |
|---|-------------------|
| 08 DEPARTAMENTO DE SAUDE                                  | Saldo anterior    |
| 08.001 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE                           | R\$ 9.620,40      |
| 10.301.0004.2030 Manutenção da Atenção Primária a Saúde   | Valor empenhado   |
| 3.3.90.14.14.01 SERVIDORES EFETIVOS                       | <b>R\$ 228,14</b> |
| 1680 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%) | Saldo atual       |
| Do Exercício  | R\$ 9.392,26      |

### Outras informações

Histórico

REFERENTE A MIA DIÁRIA EM TRANSPORTE DE PACIENTE PARA CONSULTA ESPECIALIZADA AGENDADA NA CIDA DE DE MANDAGUARI-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: MANDAGUARI-PARANÁ.**

**ASSUNTO/OBJETIVO DA VIAGEM: CONSULTA ESPECIALIZADA.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE SAÍDA DE UNIFLOR: 01/12/2025 às 06:00 Hrs.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE RETORNO A UNIFLOR: 01/12/2025 às 10:30 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 ACARRETERÁ EM PREJUÍZOS ADMINISTRATIVOS.

EM,

  
SOLICITANTE

  
DIRETOR DO DEPARTAMENTO

Maycon Vinicius Ferrari  
DIRETOR DE SAÚDE  
PORTARIA Nº 275/2025



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: CONSULTA ESPECIALIZADA.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE SAÍDA DE UNIFLOR:01/12/2025 às 06:00 Hrs.**

**DATA E HORÁRIO ESTIMADOS DE RETORNO A UNIFLOR:01/12/2025 às 10:30 Min.**

**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, 27 DE NOVEMBRO DE 2025.**

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

**MAYCON VINÍCIUS FERRARI**

Director do Departamento Municipal de Saúde

**RECEBIDO EM:**

*Grazielle Rosá Salomão*  
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:** 01/12/2025.

**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:**CONSULTA ESPECIALIZADA.

**OBS:**

**DATA DA SAÍDA:**01/12/2025 às 06:00 Hrs.

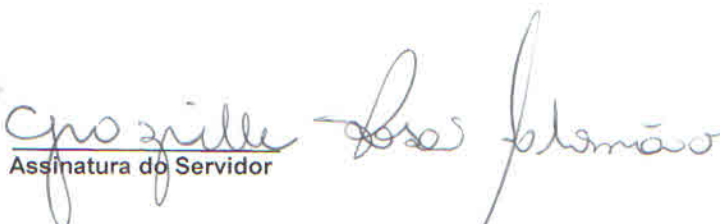
**RETORNO A SEDE:**01/12/2025 às 10:30 Min.

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

