



# Prefeitura Municipal de Uniflor - PR

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

## NOTA DE EMPENHO

Número	Tipo	Emido em	Requisição N°	Req. Compra N°
<b>1523/2026</b>	Ordinário	31/03/2026		

Licitação	Número
Sem licitação	

Contrato/Aditivo	Aditivo	Início de vigência	Fim de vigência	Fim da vig. atualizada	Início da execução	Fim da execução	Fim da exe. atualizada
Sequência Contrato							

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

Classificação da despesa	Saldo anterior
08 DEPARTAMENTO DE SAUDE	R\$ 46.158,69
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
1840 00303 Saúde - Receitas Vinculadas (E.C. 29/00 - 15%)	Saldo atual
Do Exercício	R\$ 45.930,55

Outras informações

Histórico

EMPENHO REFERENTE A MEIA DIÁRIA DE PACIENTE PARA CIDADE DE CORNÉLIO PROCÓPIO PARA REALIZAÇÃO DE UMA AVALIAÇÃO PÓS OPERATORIA EM ORTOPEDIA NO HOSPITAL REGIONAL P. AMIN.HANNOUCHE

MAYCON VINICIUS FERRARI  
DIRETOR DEPARTAMENTO DE SAÚDE

PATRICIA JULIANA GONCALEZ NASCIMENTO  
CONTADOR

MAYCON RODRIGO RODRIGUES DE SOUZA  
PREFEITO MUNICIPAL

**COMUNICADO DE VIAGEM**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR**

**REQUERIMENTOS DE DIÁRIAS**

AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO DE DIARIAS PARA DESPESAS

36

**NOME DO SERVIDOR:** GRAZIELLE ROSA SALOMÃO  
**CARGO:** MOTORISTA  
**BANCO:** BANCO DO BRASIL  
**AGÊNCIA:** 0509-6  
**CONTA CORRETE:** 38605-7

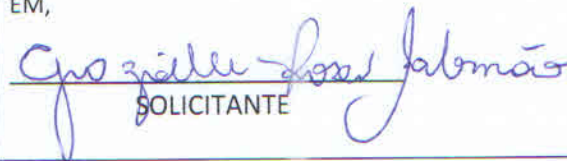
**CIDADE:** CORNÉLIO PROCÓPIO /PR  
**ASSUNTO/OBJETIVO DA VIAGEM:** AVALIAÇÃO PÓS OPERATORIA EM ORTODEDIA NO HOSPITAL REGIONAL P. AMIN. HANNOUCHE.  
**DATA E HORÁRIO ESTIMADO DE SAÍDA DE UNIFLOR:** 26/03/2026 às 03:50 Hrs.  
**DATA E HORÁRIO ESTIMADO DE RETORNO A UNIFLOR:** 26/03/2026 às 18:06 Hrs.  
**NÚMERO DE DIÁRIAS:** 1/2 Diária.  
**MEIO DE TRANSPORTES:** AMBULÂNCIA - PLACA UBI -3B95

**RECURSOS SOLICITADOS**

VALOR DA DIÁRIAS - R\$: 456,28  
VALOR TOTAL – R\$: 228,14

DECLARO QUE O SERVIDOR A SER PRESTADO E/OU PARTICIPAÇÃO NO EVENTO PELO SERVIDOR É INTERESSE DESTE ÓRGÃO E SEU AFASTAMENTO NÃO ACARRETARA NÃO ACARRETARA 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

**PREFEITURAMUNICIPAL DE UNIFLOR**

**COMUNICADO DE VIAGEM**

**PARA:** GRAZIELLE ROSA SALOMÃO

**CARGO:** MOTORISTA

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

**DESTINO /CIDADE:** CORNÉLIO PROCÓPIO /PR

**ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM:** AVALIAÇÃO PÓS OPERATORIA EM ORTODEDIA NO HOSPITAL REGIONAL P. AMIN. HANNOUCHE.

**DATA DO INICIO:** 26/03/2026- 03:50 HRS

**DATA DO TÉRMINO:** 26/03/2026- 18:06 HRS

**QUILOMETRAGEM:** 209 km

**NÚMERO DE DIARIAS:** 1/2 DIÁRIA

**MEIO DE TRANSPORTE:** VEICULO DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE- PREFEITURA MUNICIPAL.

SALIENTAMOS QUE A COMUNICAÇÃO SUPRA DECORRE DA SUA FUNÇÃO EXERCIDA PARA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. CONTAMOS COM VOSSA COLABORAÇÃO, DESDE JÁ NOSSOS AGRADECIMENTOS.

UNIFLOR/PR, 31 de Março de 2026,

**LUCAS MIGUEL PETTENUZZI**

Diretor Interino do Departamento de Saúde entre os dias  
23/03/2026 a 01/04/2026

**RECEBIDO EM:**

Assinatura do Servidor



**PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SANEAMENTO**

CNPJ 08.600.424/0001-07

UNFLOR/PR, 31 de Março de 2026

**RELATÓRIO DE VIAGEM**

**SERVIDOR:** GRAZIELLE ROSA SALOMÃO

**CARGO:** MOTORISTA

**VEICULO OFICIAL:** VEICULO DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE - PREFEITURA MUNICIPAL

**VALOR DA DIÁRIA:** Considerando a concessão de ½ diária no valor de 228,14 (Duzentos e Vinte e Oito Reais e Quatorze Centavos)

**INFORMO:**

**DESTINO:** CORNÉLIO PROCÓPIO/PR

**ASSUNTO/OBJETIVOS DA VIAGEM:** TRANSPORTE DE PACIENTE, PARA REALIZAÇÃO DE AVALIAÇÃO PÓS OPERATORIA EM ORTODEDIA NO HOSPITAL REGIONAL P. AMIN. HANNOUCHE.

**OBS:**

**DATA DA SAIDA:** 26/03/2026- 03:50 HRS

**RETORNO A SEDE:** 26/03/2026-18:06 HRS

Atenciosamente,

**LÚCAS MIGUEL PETTENAZZI**

Diretor Interino do Departamento de Saúde entre os dias  
23/03/2026 a 01/04/2026

**RECEBIDO EM:**

Assinatura do Servidor



# PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIFLOR

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

SECRETARIA DE CONTROLE

Saúde

DEPARTAMENTO

Veículo		Placas		Ambulância		3B95		Mês Referência		Margo		2026	
DIA	HORÁRIO 24 Horas	Km inicial	Km final	Destino	HORÁRIO 24 Horas	Tanque de combustível início	Tanque de combustível final	Secretaria Responsável	Hoje	Matrícula responsável	Hoje	Matrícula responsável	
25	14:53	2749	2876	MGA	18:06	2/4	4/4	não	não	Paulo	não	Paulo	
26	03:50	2876	3304	C. Cooper	18:06	churr	1/2	não	não	Guaraci	não	Guaraci	
27	15:00	3309	3416	MARINGA	18:50	1/2	1/2	Paulo	Paulo	Paulo	Paulo	Paulo	
28	16:00	3416	3419	UNIFLOR	16:45	2/4	2/4	não	não	Paulo	não	Paulo	
29	07:00	3419	3556	maringá	11:40	1/4	1/4	não	não	Guaraci	não	Guaraci	
30	13:40	3556	3588	m. Espinas	14:40	churr	churr	Paulo	Paulo	Paulo	Paulo	Paulo	

## DIÁRIO DE BORDO