



Prefeitura do Município de Mandaguáçu

ESTADO DO PARANÁ

Paço Municipal "Hiro Vieira"

Rua Bernardino Bogo, 175 – Vila Bernadino Bogo – Caixa Postal 81 – CEP 87160-000

Fone: (44) 3245-8400

CNPJ 76.285.329/0001-08

www.mandaguacu.pr.gov.br

PEDIDO PARA CONCESSÃO DE DIÁRIA

PEDIDO 6.047/2023

Mandaguáçu (PR), 20 de Dezembro de 2023

Exmo. Sr. Prefeito **Maurício Aparecido da Silva**

Eu, **ARI BIAZOTO DOS SANTOS**, sob a Matrícula 201799, na qualidade de motorista, lotado junto a Secretaria de Saúde, venho por meio deste solicitar, com fundamento na legislação municipal pertinente, a concessão de **1 diária diária(s)** conforme especificado e detalhado abaixo:

Solicitante: ARI BIAZOTO DOS SANTOS

Tipo de Cargo: Efetivo **CPF:** 526.918.619-53

DESCRIÇÃO DO EVENTO:

TRANSPORTE DE PACIENTE ACAMADO, PARA INTERNAMENTO ESPECIALIZADO PROCEDIMENTO AMBULATORIAL SUS.

Local do Evento: HOSPITAL DAS CLINICAS, Gen. Carneiro, 181 - Alto da Glória, Curitiba - PR,

Dia da Saída: 18/12/2023 Às 23:30

Dia de Retorno: 19/12/2023 Às 21:00

Tipo de Transporte: Veículo do Município sob a Placa RHF0J91

Proc. Administrativo 6.047/2023

De: Katryne M. - GPC

Para: ADO - Assinatura Digital Ofícios e Outros atos

Data: 20/12/2023 às 09:31:55

Setores (CC):

SS, SEF, CTB, TES, GR, ADO

Setores envolvidos:

SS, SEF, CTB, TES, GPC, GR, ADO

diaria

Requerente*:

ARI BIAZOTO DOS SANTOS

Matrícula:

201799

Cargo:

motorista

Secretaria Responsável*:

Secretaria de Saúde

Tipo de Cargo:

Efetivo

CPF*:

526.918.619-53

Descrição do Evento*:

TRANSPORTE DE PACIENTE ACAMADO, PARA INTERNAMENTO ESPECIALIZADO PROCEDIMENTO AMBULATORIAL SUS.

Local do Evento*:

HOSPITAL DAS CLINICAS, Gen. Carneiro, 181 - Alto da Glória, Curitiba - PR,

Data de Saída*:

18/12/2023

Hora de Saída*:

23:30

Data Retorno*:

19/12/2023

Hora de Retorno*:

21:00

Quantidade Diárias*:

1 diaria

Tipo de Transporte*:

Veículo do Município

Placa do Veículo*:

RHF0J91

FUNCIONÁRIO: ARI BIAZOTO DOS SANTOS BANCO CAIXA ECONOMICA FEDERAL AGENCIA 3753 CONTA
POUPANÇA 6271-0. OP:013

—
Katryne Montagnini Madellosso

Anexos:

ARI_20_12_2023.pdf

Assinado digitalmente (emissão + anexos) por:

Assinante	Data	Assinatura	
Katryne Montaguinini Madel...	20/12/2023 09:32:21	1Doc	KATRYNE MONTAGUININI MADELOSSO CPF 118.XXX.X...
Erika Ramos Januarie	20/12/2023 10:23:50	1Doc	ERIKA RAMOS JANUARIO CPF 080.XXX.XXX-32
Mauricio Aparecido da Silv...	28/12/2023 09:00:22	1Doc	MAURICIO APARECIDO DA SILVA CPF 632.XXX.XXX-...

Para verificar as assinaturas, acesse <https://mandaguacu.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código: **7837-0A93-7BCA-706A**



Prefeitura do Município de Mandaguacu

ESTADO DO PARANÁ

Paço Municipal "Hiro Vieira"

Rua Bernardino Bogo, 175 – PABX Tel/Fax (44)3245-8400

CNPJ 76.285.329/0001-08

e-mail:adm@mandaguacu.pr.gov.br

PEDIDO PARA CONCESSÃO DE DIÁRIA

Lei 1621/08 de 12 de setembro de 2008

Regulamentado pelo Decreto nº 5059/13 de 06 maio de 2013. (servidor)

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Na qualidade de servidor da Prefeitura Municipal de Mandaguacu-Pr, venho formular o seguinte PEDIDO, com fundamento na legislação municipal pertinente, visando a realização do seguinte serviço/participação no local abaixo relacionado na data abaixo referida, requerendo, para tanto, a concessão de 01 diária.

Nestes termos, pede e espera deferimento.

Mandaguacu - PR 20/12/2023

1) REQUERENTE: ARI BIAZOTO DOS SANTOS

2) CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA UNIDADE CENTRAL

3) COMISSONADO () EFETIVO (X) CPF: 526.918.619-53

4) MATRÍCULA: 201799

4) DESCRIÇÃO SUCINTA DO SERVIÇO/EVENTO: TRANSPORTE DE PACIENTE ACAMADO, PARA INTERNAMENTO ESPECIALIZADO PROCEDIMENTO AMBULATORIAL SUS.

5) LOCAL DO SERVIÇO/EVENTO: HOSPITAL DAS CLINICAS, Gen. Carneiro, 181 - Alto da Glória, Curitiba - PR,

6) PERÍODO PROVÁVEL DO AFASTAMENTO: 18/12/2023 A 19/12/2023

7) HORÁRIO DE SAÍDA: 23:30 DO DIA 18/12/2023

VEÍCULO UTILIZADO: MUNICIPIO (x) PLACA: RHF0J91 PLACA: () Garcia

Com base nos dados acima, CONCEDO a diária na quantidade solicitada ao servidor municipal para a realização no evento referido.

Mandaguacu-Pr, 20/12/2023

Fica o servidor municipal ciente acerca de suas obrigações e penalidades em relação à diária concedida.

Mauricio Aparecido da Silva
-Prefeito Municipal-

André Salvalégio Zaninelli
Diretor Vigilância em Saúde

FUNCIONÁRIO: ARI BIAZOTO DOS SANTOS
BANCO CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA 3753 CONTA POUPANÇA 6271-0. OP:013

Proc. Administrativo 1- 6.047/2023

De: Erika J. - GR

Para: SEF - Secretaria da Finanças

Data: 20/12/2023 às 10:24:10

Prezado, boa tarde!

Por favor, empenhar na seguinte despesa:

Fonte: 303

Dotação:175.

Att.,

—

Erika Ramos Januário

Agente Administrativo

Proc. Administrativo 2- 6.047/2023

De: Daiane S. - CTB

Para: ADO - Assinatura Digital Ofícios e Outros atos

Data: 20/12/2023 às 16:51:05

Aguardo assinatura

—

Daiane Fernandes de Souza
Administrativo

Proc. Administrativo 3- 6.047/2023

De: Cleison S. - SEF

Para: CTB - Contabilidade

Data: 28/12/2023 às 09:56:23

—

Cleison Moreira de Souza

Dir. Departamento de Fazenda

Proc. Administrativo 4- 6.047/2023

De: Daiane S. - CTB

Para: TES - Tesouraria

Data: 03/01/2024 às 08:32:02

segue liquidação

—

Daiane Fernandes de Souza
Administrativo

Anexos:

10263.pdf



PREFEITURA MUNICIPAL DE MANDAGUAÇU
NOTA DE LIQUIDAÇÃO COM DESCONTOS
ESTADO DO PARANÁ

C.N.P.J.: 76.285.329/0001-08
Município: MANDAGUAÇU

Página: 1 / 1

Data: 03/01/2024

Usuário: daiane-fernandes

Data da Liquidação: 27/12/2023

Nº da Liquidação: 10263/2023

Nº do Empenho: 9692/2023

ORDINARIO

Vencimento: 27/12/2023

Órgão:	06.000	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
Unidade:	06.003	DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAUDE
Funcional:	10.301.11	SAUDE 24 HORAS
Projeto/Atividade:	2048	MANUTENÇÃO DA UBS CENTRAL
Natureza de Despesa:	3.3.90.14.14.01.00.00	SERVIDORES EFETIVOS
Recurso:	00303.00303.01.02.00.00.1	SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%)

Número do empenho:	9692/2023	Liquidações anteriores:	0,00
Valor do empenho:	522,30	Valor liquidado:	522,30
Valor anulado:	0,00	Valor anulado:	0,00
Total (A):	522,30	Total (B):	522,30
		Total (A - B):	0,00

Credor:	ARI BIOZOTO DOS SANTOS		
CPF/CNPJ:	526.918.619-53	Inscr.Est./Ident.Prof.:	Telefone: (44) 98864-0717
Endereço:		Cidade:	UF:
Banco:		Conta:	
Agência:		Tipo da Conta:	

Especificação:
TRANSPORTE DE PACIENTE ACAMADO, PARA INTERNAMENTO ESPECIALIZADO PROCEDIMENTO AMBULATORIAL SUS. Proc. Administrativo 6.047/2023

Fonte de Recurso: Vinculado Valor geral: 522,30

Descontos:
Total de descontos: 0,00 Liquido a pagar: 522,30

Fundamento legal: Número Processo: Data:
Modal. licitação: Número Licitação: Data:
Contrato: Data:

Declaro para os devidos fins que o (material/serviço) foi (Fornecido/prestado) _____ Data: 27/12/2023
Responsável