



# 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 2.040/2024

Mandaguáçu (PR), 16 de Maio de 2024

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

Eu, **ARI BIOZOTTO 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 **01 diária(s)** conforme especificado e detalhado abaixo:

**Solicitante:** ARI BIOZOTTO DOS SANTOS

**Tipo de Cargo:** Efetivo **CPF:** 52691861953

#### **DESCRIÇÃO DO EVENTO:**

TRANSPORTE DO PACIENTE CARLOS EDUARDO GONÇALVES VIEIRA PARA TRATAMENTO ESPECIALIZADO NO HOSPITAL PEQUENO PRINCIPE CURIIBA/PR

**Local do Evento:** HOSPITAL PEQUENO PRINCIPE CURITIBA/PR

**Dia da Saída:** 15/05/2024 Às 23:00

**Dia de Retorno:** 16/05/2024 Às 23

**Tipo de Transporte:** Veículo do Município sob a Placa BCX 1A 35

## Proc. Administrativo 2.040/2024

---

**De:** Angela P. - CTS

**Para:** ADO - Assinatura Digital Ofícios e Outros atos

**Data:** 16/05/2024 às 20:00:44

**Setores (CC):**

GR, ADO

**Setores envolvidos:**

SEF, CTB, TES, GR, CTS, ADO

### SOLICITAÇÃO DE DIARIA

---

**Requerente\*:**

ARI BIOZOTTO DOS SANTOS

**Matrícula:**

201799

**Cargo:**

MOTORISTA

**Secretaria Responsável\*:**

Secretaria de Saúde

**Tipo de Cargo:**

Efetivo

**CPF\*:**

52691861953

**Descrição do Evento\*:**

TRANSPORTE DO PACIENTE CARLOS EDUARDO GONÇALVES VIEIRA PARA TRATAMENTO ESPECIALIZADO NO HOSPITAL PEQUENO PRINCIPE CURIIBA/PR

**Local do Evento\*:**

HOSPITAL PEQUENO PRINCIPE CURITIBA/PR

**Data de Saída\*:**

15/05/2024

**Hora de Saída\*:**

23:00

**Data Retorno\*:**

16/05/2024

**Hora de Retorno\*:**

23

**Quantidade Diárias\*:**

01

**Tipo de Transporte\*:**

Veículo do Município

**Placa do Veículo\*:**

BCX 1A 35

---

SOLICITAÇÃO DE DIARIA

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

—

Atenciosamente,

**Angela Pessutto**

Deptº de Saude

**Anexos:**

ARI\_16\_05\_2024.pdf



# **Prefeitura do Município de Mandaguçu**

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

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Na qualidade de servidor da Prefeitura Municipal de Mandaguçu-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) UMA DIÁRIA

Nestes termos, pede e espera deferimento.

Mandaguçu – PR, 16/05/2024

- 1) REQUERENTE: ARI BIOZOTTO DOS SANTOS
  - 2) CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA UNIDADE CENTRAL DEPARTAMENTO DE SAUDE
  - 3) COMISSIONADO ( ) EFETIVO ( X ) CPF:526918619-53
  - 4) MATRÍCULA:201799
  - 4) DESCRIÇÃO SUCINTA DO SERVIÇO/EVENTO: TRANSPORTE DE PACIENTE CARLOS EDUARDO GONÇALVES VIEIRA PARA PROCEDIMENTO ESPECIALIZADO NA HOSPITAL PEQUENO PRINCIPE
  - 5) LOCAL DO SERVIÇO/EVENTO: CURITIBA/PR
  - 6) PERÍODO PROVÁVEL DO AFASTAMENTO: 15/05/2024 A 16/05/2024
  - 7) HORÁRIO DE SAÍDA: 20:00
- VEÍCULO UTILIZADO: MUNICIPIO ( x ) PLACA:BCX1A35 ( ) Garcia

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

Mandaguçu-Pr,16/05/2024

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

**Mauricio Aparecido da Silva**  
-Prefeito Municipal-

**André Salvalágio Zaninelli**  
Diretor Administrativo

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

**Proc. Administrativo 1- 2.040/2024**

**De:** Mauricio S. - ADO

**Para:** SEF - Secretaria da Finanças

**Data:** 17/05/2024 às 09:05:40

Assinado

—

**Mauricio Aparecido da Silva**

*Prefeito Municipal*

---

Assinado digitalmente (emissão) por:

Assinante	Data	Assinatura
Mauricio Aparecido da Silv...	17/05/2024 09:05:52	1Doc MAURICIO APARECIDO DA SILVA CPF 632.XXX.XXX-...

Para verificar as assinaturas, acesse <https://mandaguacu.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código: **ACD6-4E88-9F45-7E6D**

**Proc. Administrativo 2- 2.040/2024**

**De:** Erika J. - GR

**Para:** SEF - Secretaria da Finanças

**Data:** 17/05/2024 às 15:24:53

EMPENHAR NA SEGUINTE DESPESA

FONTE: 303

DOTAÇÃO: 147

—

**Erika Ramos Januário**

Agente Administrativo

**Proc. Administrativo 3- 2.040/2024**

**De:** Cleison S. - SEF

**Para:** CTB - Contabilidade

**Data:** 20/05/2024 às 09:19:41

—  
**Cleison Moreira de Souza**

*Dir. Departamento de Fazenda*

**Proc. Administrativo 4- 2.040/2024**

**De:** Daiane S. - CTB

**Para:** TES - Tesouraria

**Data:** 20/05/2024 às 11:02:35

Segue liquidação

—

*Daiane Fernandes de Souza*  
*Administrativo*

**Anexos:**

3715.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: 20/05/2024

Usuário: daiane-fernandes

Data da Liquidação: 20/05/2024  
Nº da Liquidação: 3715/2024  
Nº do Empenho: 3488/2024  
ORDINARIO  
Vencimento: 20/05/2024

Órgão:	06.000	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
Unidade:	06.002	DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO
Funcional:	10.301.11	SAUDE 24 HORAS
Projeto/Atividade:	2073	MANUTENÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE
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:	3488/2024	Liquidações anteriores:	0,00
Valor do empenho:	542,40	Valor liquidado:	542,40
Valor anulado:	0,00	Valor anulado:	0,00
Total (A):	542,40	Total (B):	542,40
		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 PARA PROCEDIMENTO ESPECIALIZADO EM CURITIBA /PR. Proc. Administrativo 2.040/2024

Fonte de Recurso: Vinculado Valor geral: 542,40

Descontos:  
Total de descontos: 0,00 Liquido a pagar: 542,40

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: 20/05/2024  
Responsável