



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 4.125/2023

Mandaguáçu (PR), 12 de Setembro de 2023

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

Eu, **Eliana Aparecida Custódio**, sob a Matrícula 201.149, 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(s)** conforme especificado e detalhado abaixo:

Solicitante: Eliana Aparecida Custódio

Tipo de Cargo: Efetivo

DESCRIÇÃO DO EVENTO: AUXILIO TRANSPORTE À PACIENTE PEDRO HENRIQUE DOS REIS À TRATAMENTO DE SAÚDE (ALTA HOSPITALAR)

Local do Evento: HOSPITAL SANTA CASA DE CAMPO GRANDE. MS.

Dia da Saída: 04/09/2023 Às 23:00

Dia de Retorno: 05/09/2023 Às 13:00

Tipo de Transporte: Veículo do Município sob a Placa RHF0J91

Congresso / Evento: \$assunto.campo_adicional.congresso_evento\$

Proc. Administrativo 4.125/2023

De: Katryne M. - GPC

Para: ADO - Assinatura Digital Ofícios e Outros atos

Data: 12/09/2023 às 14:45:55

Setores (CC):

SEF, CTB, TES, DA, SS - PROT, ADO

Setores envolvidos:

SEF, CTB, TES, DA, GPC, SS - PROT, ADO

Concessão de Diaria

Requerente*:

Eliana Aparecida Custódio

Matrícula:

201.149

Cargo:

MOTORISTA

Secretaria Responsável*:

Secretaria de Saúde

Tipo de Cargo:

Efetivo

CPF*:

668.673.719-49

Descrição do Evento*:

AUXILIO TRANSPORTE À PACIENTE PEDRO HENRIQUE DOS REIS À TRATAMENTO DE SAÚDE (ALTA HOSPITALAR)

Local do Evento*:

HOSPITAL SANTA CASA DE CAMPO GRANDE. MS.

Data de Saída*:

04/09/2023

Hora de Saída*:

23:00

Data Retorno*:

05/09/2023

Hora de Retorno*:

13:00

Quantidade Diárias*:

1

Tipo de Transporte*:

Veículo do Município

Placa do Veículo*:

RHF0J91

Eliana Aparecida Custódio

RUA CORINTO CEDRAK SOUZA N° 200 HIRO VIEIRA

AG 0116-3 CC 0350554-5 BANCO BRADESCO

Anexos:

img20230912_14451377.pdf

Assinado digitalmente (emissão + anexos) por:

Assinante	Data	Assinatura	
Katryne Montaguinini Madel...	12/09/2023 14:46:33	1Doc	KATRYNE MONTAGUININI MADELOSSO CPF 118.XXX.X...
Sergio Aparecido Vieira	12/09/2023 14:58:19	1Doc	SERGIO APARECIDO VIEIRA CPF 438.XXX.XXX-20
Mauricio Aparecido da Silv...	12/09/2023 15:04:05	1Doc	MAURICIO APARECIDO DA SILVA CPF 632.XXX.XXX-...

Para verificar as assinaturas, acesse <https://mandaguacu.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código: **7CDC-58E3-B9A5-315B**

Prefeitura do Município de Mandaguacu

ESTADO DO PARANÁ
Paço Municipal "Hiro Vieira"
Rua Bernardino Bogo, 175 - PARX Tel/Fax (44)3245-8400
CNPJ 76.285.329/0001-08
e-mail: adm@mandaguacu.pr.gov.br



PEDIDO PARA CONCESSÃO DE DIÁRIA

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 (1) diária(s).

Nestes termos, pede e espera deferimento.

Mandaguacu-Pr, 04/09/2023.

1) REQUERENTE: ELIANA APª CUSTODIO.

2) CARGO/FUNÇÃO: motorista.

3) COMISSIONADO () EFETIVO (x) CPF66867371949.

4) MATRÍCULA: 201149.

4) DESCRIÇÃO SUCINTA DO SERVIÇO/EVENTO: Auxílio transporte à paciente PEDRO HENRIQUE DOS REIS à tratamento de saúde (alta hospitalar).

5) LOCAL DO SERVIÇO/EVENTO: HOSPITAL SANTA CASA DE CAMPO GRANDE.MS.

6) PERÍODO PROVÁVEL DO AFASTAMENTO: 04/09/2023 à 05/09/2023.

7) HORÁRIO DE SAÍDA: 23:00 hs HORÁRIO DO RETORNO 13:00 hrs.

VEÍCULO UTILIZADO: MUNICÍPIO (x) PLACA: RHF091 () PLACA: ONIBUS () VÔO () OUTROS ()

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

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

Mandaguacu-Pr, 04/09/2023.

Maurício Aparecido da Silva

-Prefeito Municipal-

Sergio Aparecido Vieira
Diretor Divisão Administrativa
Departamento de Saúde

Eliana Aparecida Custodio

ASSINATURA DO REQUERENTE:

ELIANA APª CUSTODIO
RUA CORINTO CEDRAK SOUZANº200,HIRO VIEIRA
AG0116-3-CC 0350554-5BANCO BRADESCO

Proc. Administrativo 1- 4.125/2023

De: Sergio V. - DA

Para: SEF - Secretaria da Finanças

Data: 12/09/2023 às 14:59:03

empenhar dotacao 175 fonte 0303

—

Sergio Aparecido Vieira

Diretor Administrativo da Saude

Proc. Administrativo 2- 4.125/2023

De: Cleison S. - SEF

Para: CTB - Contabilidade

Data: 13/09/2023 às 09:30:04

—
Cleison Moreira de Souza

Dir. Departamento de Fazenda

Proc. Administrativo 3- 4.125/2023

De: Daiane S. - CTB

Para: TES - Tesouraria

Data: 14/09/2023 às 16:11:51

segue liquidação

—

Daiane Fernandes de Souza
Administrativo

Anexos:

6823.pdf



PREFEITURA MUNICIPAL DE MANDAGUAÇU
NOTA DE LIQUIDAÇÃO COM DESCONTOS - AMBIENTE
ESTADO DE PARANÁ

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

Página: 1 / 1

Data: 14/09/2023

Usuário: daiane-fernandes

Data da Liquidação: 14/09/2023
Nº da Liquidação: 6823/2023
Nº do Empenho: 6435/2023
ORDINARIO
Vencimento: 14/09/2023

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:	6435/2023	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:	ELIANA APARECIDA CUSTODIO		
CPF/CNPJ:	668.673.719-49	Inscr.Est./Ident.Prof.:	Telefone:
Endereço:		Cidade:	UF:
Banco:		Conta:	
Agência:		Tipo da Conta:	

Especificação:
AUXILIO TRANSPORTE À PACIENTE PEDRO HENRIQUE DOS REIS À TRATAMENTO DE SAÚDE (ALTA HOSPITALAR). Proc. Administrativo 4.125/2023

Fonte de Recurso:	Ordinário	Valor geral:	522,30
-------------------	-----------	--------------	--------

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

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

Declaro para os devidos fins que o (material/serviço) foi (Fornecido/prestado) _____ Data: 14/09/2023
Responsável