



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 059/2024

Mandaguáçu (PR), 09 de Janeiro de 2024

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

Eu, **Eliana Aparecida Custodio Ribeiro**, 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 Custodio Ribeiro

Tipo de Cargo: Efetivo **CPF:** 668.673.719-49

DESCRIÇÃO DO EVENTO:

Transporte de JOSELENE APARECIDA LEITE e acompanhante, para realizar Procedimento Clínico Ambulatorial,

Local do Evento: PONTA GROSSA

Dia da Saída: 09/01/2024 Às 23:00

Dia de Retorno: 10/01/2024 Às 20:00

Tipo de Transporte: Veículo do Município sob a Placa RHJ0J91

Proc. Administrativo 059/2024

De: Erika J. - GR

Para: ADO - Assinatura Digital Ofícios e Outros atos

Data: 09/01/2024 às 10:09:30

Setores (CC):

SS, GR, ADO

Setores envolvidos:

SS, SEF, CTB, TES, GR, CTS, ADO

SOLICITAÇÃO DE DIARIA- ELIANA - PONTA GROSSA

Requerente*:

Eliana Aparecida Custodio Ribeiro

Matrícula:

201.149

Cargo:

MOTORISTA

Secretaria Responsável*:

Secretaria de Saúde

Tipo de Cargo:

Efetivo

CPF*:

668.673.719-49

Descrição do Evento*:

Transporte de JOSELENE APARECIDA LEITE e acompanhante, para realizar Procedimento Clínico Ambulatorial,

Local do Evento*:

PONTA GROSSA

Data de Saída*:

09/01/2024

Hora de Saída*:

23:00

Data Retorno*:

10/01/2024

Hora de Retorno*:

20:00

Quantidade Diárias*:

1

Tipo de Transporte*:

Veículo do Município

Placa do Veículo*:

RHJ0J91

Eliana Aparecida Custodio Ribeiro, Motorista, CPF: 668.673.719-49, Matrícula:201.149.

DADOS BANCARIOS:

BANCO BRADESCO

AG:116 CC: 350554-5

—
Erika Ramos Januário

Agente Administrativo

Anexos:

ELIANA_09_01_2024.pdf

Assinado digitalmente (emissão + anexos) por:

Assinante	Data	Assinatura	
Erika Ramos Januario	09/01/2024 10:10:05	1Doc	ERIKA RAMOS JANUARIO CPF 080.XXX.XXX-32
Mauricio Aparecido da Silv...	09/01/2024 10:51:14	1Doc	MAURICIO APARECIDO DA SILVA CPF 632.XXX.XXX-...

Para verificar as assinaturas, acesse <https://mandaguacu.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código: **9698-2D5D-AB7E-BC3E**



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 DIARIA

Nestes termos, pede e espera deferimento.

Mandaguçu – PR, 09/01/2024

- 1) REQUERENTE: ELIANA APARECIDA CUSTODIO RIOBEIRO
 - 2) CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA UNIDADE CENTRAL DEPARTAMENTO DE SAUDE
 - 3) COMISSIONADO () EFETIVO (X) CPF: 668.673.719-49
 - 4) MATRÍCULA:201.149
 - 4) DESCRIÇÃO SUCINTA DO SERVIÇO/EVENTO: TRANSPORTE DE PACIENTE PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CLINICO AMBULATORIAL.
 - 5) LOCAL DO SERVIÇO/EVENTO: UROSAUDE- Rua Ricardo Lustosa Ribas, 167- PONTA GROSSA/PR.
 - 6) PERÍODO PROVÁVEL DO AFASTAMENTO: 09/01/2024 A 10/01/2024
 - 7) HORÁRIO DE SAÍDA: 23:00
- VEÍCULO UTILIZADO: MUNICIPIO (x) PLACA:RHJ0J91 () Garcia

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

Mandaguçu-Pr,09/01/2024

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: ELIANA APARECIDA CUSTODIO
BANCO BRADESCO
AGENCIA 0116
CONTA 350554-5 CONTA CORRENTE

Proc. Administrativo 1- 059/2024

De: Erika J. - GR

Para: SEF - Secretaria da Finanças

Data: 09/01/2024 às 10:11:00

Empenhar na seguinte despesa:

Fonte: 303

Dotação: 138

Att.,

—

Erika Ramos Januário

Agente Administrativo

Proc. Administrativo 2- 059/2024

De: Erika J. - GR

Para: GR - Gestão de Recursos

Data: 09/01/2024 às 10:11:14

Setores (CC):

GR, CTS

—

Erika Ramos Januário

Agente Administrativo

Proc. Administrativo 3- 059/2024

De: Cleison S. - SEF

Para: CTB - Contabilidade

Data: 15/01/2024 às 15:23:22

Segue.

—

Cleison Moreira de Souza

Dir. Departamento de Fazenda

Proc. Administrativo 4- 059/2024

De: Daiane S. - CTB

Para: TES - Tesouraria

Data: 15/01/2024 às 16:46:36

Segue liquidação

—

Daiane Fernandes de Souza
Administrativo

Anexos:

230.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: 15/01/2024

Usuário: daiane-fernandes

Data da Liquidação: 15/01/2024

Nº da Liquidação: 230/2024

Nº do Empenho: 191/2024

ORDINARIO

Vencimento: 15/01/2024

Órgão:	06.000	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
Unidade:	06.001	GABINETE DO SECRETARIO
Funcional:	10.301.11	SAUDE 24 HORAS
Projeto/Atividade:	2052	MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DO DEPARTAMENTO
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:	191/2024	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:	ELIANA APARECIDA CUSTODIO		
CPF/CNPJ:	668.673.719-49	Inscr.Est./Ident.Prof.:	Telefone:
Endereço:		Cidade:	UF:
Banco:		Conta:	
Agência:		Tipo da Conta:	

Especificação:
Transportar a paciente JOSELENE APARECIDA LEITE e acompanhante, para realizar procedimento clinico ambulatorial. Proc. Administrativo 059/2024

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. litação:	Número Licitação:	Data:
Contrato:		Data:

Declaro para os devidos fins que o (material/serviço) foi (Fornecido/prestado) _____ Data: 15/01/2024
Responsável