



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 4.070/2023

Mandaguáçu (PR), 11 de Setembro de 2023

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

Eu, **JOSE INÁCIO DE ALMEIDA**, sob a Matrícula 500.380, na qualidade de MOTORISTA, lotado junto a Secretaria de Saúde, venho por meio deste solicitar, com fundamento na legislação municipal pertinente, a concessão de **1/2 MEIA DIÁRIA diária(s)** conforme especificado e detalhado abaixo:

Solicitante: JOSE INÁCIO DE ALMEIDA

Tipo de Cargo: Comissionado

DESCRIÇÃO DO EVENTO: LEVAR PACIENTE PARA TRATAMENTO EM CAMPO MOURÃO TODOS OS DIAS

Local do Evento: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA - CAMPO MOURÃO

Dia da Saída: 12/09/2023 Às 10:00

Dia de Retorno: 12/09/2023 Às 19:00

Tipo de Transporte: Veículo do Município sob a Placa SDU4H43

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

Proc. Administrativo 4.070/2023

De: Claudia F. - GPC

Para: ADO - Assinatura Digital Ofícios e Outros atos

Data: 11/09/2023 às 15:43:24

Setores (CC):

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

Setores envolvidos:

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

DIÁRIA

Requerente*:

JOSE INÁCIO DE ALMEIDA

Matrícula:

500.380

Cargo:

MOTORISTA

Secretaria Responsável*:

Secretaria de Saúde

Tipo de Cargo:

Comissionado

CPF*:

507.457.609-10

Descrição do Evento*:

LEVAR PACIENTE PARA TRATAMENTO EM CAMPO MOURÃO TODOS OS DIAS

Local do Evento*:

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA - CAMPO MOURÃO

Data de Saída*:

12/09/2023

Hora de Saída*:

10:00

Data Retorno*:

12/09/2023

Hora de Retorno*:

19:00

Quantidade Diárias*:

1/2 MEIA DIÁRIA

Tipo de Transporte*:

Veículo do Município

Placa do Veículo*:

SDU4H43

JOSÉ INÁCIO DE ALMEIDA

CPF. 507.457.609-10

Banco Bradesco

Ag: 116

C/C. 350681-9

Endereço: Estrada Atlantic, lote 412

Mandaguaçu - Pr.

Assinado digitalmente (emissão) por:

Assinante	Data	Assinatura	
Claudia Janie Favareto	11/09/2023 15:43:54	1Doc	CLAUDIA JANIE FAVARETO CPF 916.XXX.XXX-30
Mauricio Aparecido da Silv...	11/09/2023 15:45:26	1Doc	MAURICIO APARECIDO DA SILVA CPF 632.XXX.XXX-...
Sergio Aparecido Vieira	11/09/2023 15:45:50	1Doc	SERGIO APARECIDO VIEIRA CPF 438.XXX.XXX-20

Para verificar as assinaturas, acesse <https://mandaguacu.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código: **01F8-C4DF-2F7D-E3AD**

Proc. Administrativo 1- 4.070/2023

De: Mauricio S. - ADO

Para: SEF - Secretaria da Finanças

Data: 11/09/2023 às 15:45:42

—

Mauricio Aparecido da Silva
Prefeito Municipal

Proc. Administrativo 2- 4.070/2023

De: Sergio V. - DA

Para: SEF - Secretaria da Finanças

Data: 11/09/2023 às 15:47:03

empenhar dotacao 207 fonte 0000

—

Sergio Aparecido Vieira

Diretor Administrativo da Saude

Proc. Administrativo 3- 4.070/2023

De: Daiane S. - CTB

Para: TES - Tesouraria

Data: 11/09/2023 às 16:43:54

SEGUE LIQUIDAÇÃO

—

Daiane Fernandes de Souza
Administrativo

Anexos:

6707.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: 11/09/2023

Usuário: daiane-fernandes

Data da Liquidação: 11/09/2023

Nº da Liquidação: 6707/2023

Nº do Empenho: 6331/2023

ORDINARIO

Vencimento: 11/09/2023

Órgão:	06.000	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
Unidade:	06.003	DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAUDE
Funcional:	10.301.11	SAUDE 24 HORAS
Projeto/Atividade:	2071	PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA - INCENTIVO ESTADUAL
Natureza de Despesa:	3.3.90.14.14.02.00.00	SERVIDORES COMISSIONADOS
Recurso:	00000.00000.01.07.00.00.1	RECURSOS LIVRES DO TESOURO

Número do empenho:	6331/2023	Liquidações anteriores:	0,00
Valor do empenho:	261,15	Valor liquidado:	261,15
Valor anulado:	0,00	Valor anulado:	0,00
Total (A):	261,15	Total (B):	261,15
		Total (A - B):	0,00

Credor: JOSE INACIO DE ALMEIDA

CPF/CNPJ: 507.457.609-10

Inscr.Est./Ident.Prof.:

Telefone:

Endereço:

Cidade:

UF:

Banco:

Conta:

Agência:

Tipo da Conta:

Especificação:

LEVAR PACIENTE PARA TRATAMENTO EM CAMPO MOURÃO TODOS OS DIAS. Proc. Administrativo 4.070/2023

Fonte de Recurso: Ordinário Valor geral: 261,15

Descontos:

Total de descontos: 0,00 Liquido a pagar: 261,15

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: 11/09/2023

Responsável

Proc. Administrativo 4- 4.070/2023

De: Cleison S. - SEF

Para: CTB - Contabilidade

Data: 18/09/2023 às 10:35:12

—
Cleison Moreira de Souza

Dir. Departamento de Fazenda