



# 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 4.971/2023

Mandaguáçu (PR), 27 de Outubro 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 **CPF:** 016.436.939-21

#### **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:** 30/10/2023 Às 10:00

**Dia de Retorno:** 30/10/2023 Às 19:00

**Tipo de Transporte:** Veículo do Município sob a Placa SDU4H43

## Proc. Administrativo 4.971/2023

---

**De:** Claudia F. - GPC

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

**Data:** 27/10/2023 às 10:34:58

**Setores (CC):**

SS, SEF, TES, DA, GPC, CTBC, GR, ADO, ADL

**Setores envolvidos:**

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

### CONCESSÃO DE DIÁRIAS

---

**Requerente\*:**

JOSE INÁCIO DE ALMEIDA

**Matrícula:**

500.380

**Cargo:**

MOTORISTA

**Secretaria Responsável\*:**

Secretaria de Saúde

**Tipo de Cargo:**

Comissionado

**CPF\*:**

016.436.939-21

**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\*:**

30/10/2023

**Hora de Saída\*:**

10:00

**Data Retorno\*:**

30/10/2023

**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	27/10/2023 10:35:34	1Doc	CLAUDIA JANIE FAVARETO CPF 916.XXX.XXX-30
Sergio Aparecido Vieira	27/10/2023 10:55:11	1Doc	SERGIO APARECIDO VIEIRA CPF 438.XXX.XXX-20
Mauricio Aparecido da Silv...	27/10/2023 10:59:48	1Doc	MAURICIO APARECIDO DA SILVA CPF 632.XXX.XXX-...

Para verificar as assinaturas, acesse <https://mandaguacu.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código: **EB64-665F-59E6-D29F**

**Proc. Administrativo 1- 4.971/2023**

**De:** Sergio V. - DA

**Para:** SEF - Secretaria da Finanças

**Data:** 27/10/2023 às 10:55:54

empenhar dotacao 175 fonte 0303

—

**Sergio Aparecido Vieira**

**Diretor Administrativo da Saude**

**Proc. Administrativo 2- 4.971/2023**

**De:** Cleison S. - SEF

**Para:** CTB - Contabilidade

**Data:** 27/10/2023 às 11:04:37

—  
**Cleison Moreira de Souza**

*Dir. Departamento de Fazenda*

**Proc. Administrativo 3- 4.971/2023**

**De:** Isabella O. - CTB

**Para:** TES - Tesouraria

**Data:** 27/10/2023 às 13:16:46

Segue empenho.

—

*Isabella Baule de Oliveira*

*Divisão de Contabilidade*

**Anexos:**

8269.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: 27/10/2023  
Usuário: isabellabaule

Data da Liquidação: 27/10/2023  
Nº da Liquidação: 8269/2023  
Nº do Empenho: 7819/2023  
ORDINARIO  
Vencimento: 27/10/2023

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:	7819/2023	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 4.971/2023)

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: 27/10/2023  
Responsável