



# 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 5.353/2023

Mandaguáçu (PR), 20 de Novembro 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:** 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

**Dia da Saída:** 20/11/2023 Às 10:00

**Dia de Retorno:** 20/11/2023 Às 19:00

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

## Proc. Administrativo 5.353/2023

---

**De:** Katryne M. - GPC

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

**Data:** 20/11/2023 às 11:26:28

**Setores (CC):**

SS, SEF, CTB, TES, GR, ADO

**Setores envolvidos:**

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

### DIARIA

---

**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\*:**

20/11/2023

**Hora de Saída\*:**

10:00

**Data Retorno\*:**

20/11/2023

**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	
Katryne Montaguinini Madel...	20/11/2023 11:26:44	1Doc	KATRYNE MONTAGUININI MADELOSSO CPF 118.XXX.X...
Erika Ramos Januarío	20/11/2023 13:00:06	1Doc	ERIKA RAMOS JANUARIO CPF 080.XXX.XXX-32
Mauricio Aparecido da Silv...	20/11/2023 15:24:00	1Doc	MAURICIO APARECIDO DA SILVA CPF 632.XXX.XXX-...

Para verificar as assinaturas, acesse <https://mandaguacu.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código: **23BD-45EE-3A79-0D4D**

**Proc. Administrativo 1- 5.353/2023**

**De:** Erika J. - GR

**Para:** SEF - Secretaria da Finanças

**Data:** 20/11/2023 às 12:55:41

Prezado, boa tarde!

Por favor, empenhar na seguinte despesa:

Fonte: 303

Dotação:175.

Att.,

—

**Erika Ramos Januário**

Agente Administrativo

**Proc. Administrativo 2- 5.353/2023**

**De:** Daiane S. - CTB

**Para:** TES - Tesouraria

**Data:** 21/11/2023 às 14:53:54

segue liquidação

—

*Daiane Fernandes de Souza*  
*Administrativo*

**Anexos:**

8803.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: 21/11/2023

Usuário: daiane-fernandes

Data da Liquidação: 20/11/2023  
Nº da Liquidação: 8803/2023  
Nº do Empenho: 8289/2023  
ORDINARIO  
Vencimento: 20/11/2023

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:	3.3.90.14.14.02.00.00	SERVIDORES COMISSIONADOS
Recurso:	00303.00303.01.02.00.00.1	SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (EC 29/00 - 15%)

Número do empenho:	8289/2023	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:  
AUXILIO TRANSPORTE À PACIENTE VERA ALICE BARBOSA CRUZ. Proc. Administrativo 5.353/2023

Fonte de Recurso: Vinculado 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: 20/11/2023  
Responsável