



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 4.198/2023

Mandaguáçu (PR), 15 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 **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: 18/09/2023 Às 10:00

Dia de Retorno: 18/09/2023 Às 19:00

Tipo de Transporte: Veículo do Município sob a Placa SDU4H43

Proc. Administrativo 4.198/2023

De: Katryne M. - GPC

Para: ADO - Assinatura Digital Ofícios e Outros atos

Data: 15/09/2023 às 15:51:27

Setores (CC):

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

Setores envolvidos:

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

concessão de 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*:

18/09/2023

Hora de Saída*:

10:00

Data Retorno*:

18/09/2023

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	
Katryne Montaguinini Madel...	15/09/2023 15:51:50	1Doc	KATRYNE MONTAGUININI MADELOSSO CPF 118.XXX.X...
Mauricio Aparecido da Silv...	15/09/2023 15:53:49	1Doc	MAURICIO APARECIDO DA SILVA CPF 632.XXX.XXX-...
Sergio Aparecido Vieira	15/09/2023 15:55:04	1Doc	SERGIO APARECIDO VIEIRA CPF 438.XXX.XXX-20

Para verificar as assinaturas, acesse <https://mandaguacu.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código: **4AE9-C84A-5F38-B7E4**

Proc. Administrativo 1- 4.198/2023

De: Mauricio S. - ADO

Para: SEF - Secretaria da Finanças

Data: 15/09/2023 às 15:54:13

—

Mauricio Aparecido da Silva
Prefeito Municipal

Proc. Administrativo 2- 4.198/2023

De: Sergio V. - DA

Para: SEF - Secretaria da Finanças

Data: 15/09/2023 às 15:56:23

empenhar dotacao 175 fonte 0303

—

Sergio Aparecido Vieira

Diretor Administrativo da Saude

Proc. Administrativo 3- 4.198/2023

De: Cleison S. - SEF

Para: CTB - Contabilidade

Data: 18/09/2023 às 09:39:11

—

Cleison Moreira de Souza

Dir. Departamento de Fazenda

Proc. Administrativo 4- 4.198/2023

De: Daiane S. - CTB

Para: TES - Tesouraria

Data: 18/09/2023 às 09:45:49

segue liquidação

—

Daiane Fernandes de Souza
Administrativo

Anexos:

6885.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: 18/09/2023

Usuário: daiane-fernandes

Data da Liquidação: 18/09/2023

Nº da Liquidação: 6885/2023

Nº do Empenho: 6454/2023

ORDINARIO

Vencimento: 18/09/2023

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

Número do empenho:	6454/2023	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 4.198/2023

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: 18/09/2023
Responsável