



# 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 1.741/2024

Mandaguáçu (PR), 23 de Abril de 2024

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

Eu, **LUCIANO PEREIRA DA CRUZ**, sob a Matrícula 201871, 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 diária(s)** conforme especificado e detalhado abaixo:

**Solicitante:** LUCIANO PEREIRA DA CRUZ

**Tipo de Cargo:** Efetivo **CPF:** 03794912900

#### **DESCRIÇÃO DO EVENTO:**

TRANSPORTE DE PACIENTES PARA TRATAMENTO ESPECIALIZADO NA CIDADE DE JACAREZINHO.

**Local do Evento:** JACAREZINHO/PR

**Dia da Saída:** 23/04/2024 Às 23:00

**Dia de Retorno:** 24/04/2024 Às 12:00

**Tipo de Transporte:** Veículo do Município sob a Placa BCX1A35

## Proc. Administrativo 1.741/2024

---

**De:** Angela P. - CTS

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

**Data:** 23/04/2024 às 18:51:04

**Setores (CC):**

GR, ADO

**Setores envolvidos:**

SEF, CTB, TES, GR, CTS, ADO

### diaria Luciano Pereira

---

**Requerente\*:**

LUCIANO PEREIRA DA CRUZ

**Matrícula:**

201871

**Cargo:**

motorista

**Secretaria Responsável\*:**

Secretaria de Saúde

**Tipo de Cargo:**

Efetivo

**CPF\*:**

03794912900

**Descrição do Evento\*:**

TRANSPORTE DE PACIENTES PARA TRATAMENTO ESPECIALIZADO NA CIDADE DE JACAREZINHO.

**Local do Evento\*:**

JACAREZINHO/PR

**Data de Saída\*:**

23/04/2024

**Hora de Saída\*:**

23:00

**Data Retorno\*:**

24/04/2024

**Hora de Retorno\*:**

12:00

**Quantidade Diárias\*:**

1/2

**Tipo de Transporte\*:**

Veículo do Município

**Placa do Veículo\*:**

BCX1A35

---

SOLCITAÇÃO DE DIARIA

FUNCIONÁRIO: LUCIANO PEREIRA DA CRUZ

BANCO BRADESCO

AGENCIA 0116

CONTA 6975-2

—

Atenciosamente,

**Angela Pessutto**

Deptº de Saude

**Anexos:**

LUCIANO\_23\_04\_2024.pdf



# **Prefeitura do Município de Mandaguacu**

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 Mandaguacu-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 (1/2) MEIA DIARIA.

Nestes termos, pede e espera deferimento.

Mandaguacu – PR, 23/04/2024

- 1) REQUERENTE: LUCIANO PEREIRA DA CRUZ
  - 2) CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA UNIDADE CENTRAL DEPARTAMENTO DE SAUDE
  - 3) COMISSIONADO ( ) EFETIVO ( X ) CPF: 037.949.129-00
  - 4) MATRÍCULA:201871
  - 4) DESCRIÇÃO SUCINTA DO SERVIÇO/EVENTO: TRANSPORTE DE PACIENTES PARA TRATAMENTO ESPECIALIZADO EM JACAREZINHO/PR--
  - 5) LOCAL DO SERVIÇO/EVENTO: HOSPITAL DE OLHOS
  - 6) PERÍODO PROVÁVEL DO AFASTAMENTO: 23/04/2024 A 24/04/2024
  - 7) HORÁRIO DE SAÍDA: 23:00
- VEÍCULO UTILIZADO: MUNICIPIO ( x ) PLACA:BCX1A35 ( ) Garcia

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

Mandaguacu-Pr,23/04/2024

Fica o servidor municipal ciente acerca de suas obrigações e penalidades em relação à diária concedida.

Mauricio Aparecido da Silva  
-Prefeito Municipal-

André Salvalágio Zaninelli  
DIRETOR ADMINISTRATIVO

FUNCIONÁRIO: LUCIANO PEREIRA DA CRUZ  
BANCO BRADESCO  
AGENCIA 0116  
CONTA 6975-2

**Proc. Administrativo 1- 1.741/2024**

**De:** Mauricio S. - ADO

**Para:** SEF - Secretaria da Finanças

**Data:** 24/04/2024 às 08:28:25

—  
**Mauricio Aparecido da Silva**  
*Prefeito Municipal*

---

Assinado digitalmente (emissão) por:

Assinante	Data	Assinatura
Mauricio Aparecido da Silv...	24/04/2024 08:28:35	1Doc MAURICIO APARECIDO DA SILVA CPF 632.XXX.XXX-...

Para verificar as assinaturas, acesse <https://mandaguacu.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código: **CC1B-14E8-FA0F-F093**

**Proc. Administrativo 2- 1.741/2024**

**De:** Cleison S. - SEF

**Para:** CTB - Contabilidade

**Data:** 24/04/2024 às 09:16:24

—  
**Cleison Moreira de Souza**

*Dir. Departamento de Fazenda*

**Proc. Administrativo 3- 1.741/2024**

**De:** Daiane S. - CTB

**Para:** GR - Gestão de Recursos

**Data:** 24/04/2024 às 10:18:49

Bom dia, favor indicar fonte e despesa

—

*Daiane Fernandes de Souza*  
*Administrativo*

**Proc. Administrativo 4- 1.741/2024**

**De:** Erika J. - GR

**Para:** CTB - Contabilidade

**Data:** 24/04/2024 às 15:06:26

Por favor, empenhar na seguinte despesa:

fonte: 303

Dotação: 177

—

**Erika Ramos Januário**

Agente Administrativo



**Proc. Administrativo 5- 1.741/2024**

**De:** Daiane S. - CTB

**Para:** TES - Tesouraria

**Data:** 25/04/2024 às 10:22:27

Segue liquidação

—

*Daiane Fernandes de Souza*  
*Administrativo*

**Anexos:**

3251.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: 25/04/2024

Usuário: daiane-fernandes

Data da Liquidação: 25/04/2024  
Nº da Liquidação: 3251/2024  
Nº do Empenho: 3106/2024  
ORDINARIO  
Vencimento: 25/04/2024

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:	3106/2024	Liquidações anteriores:	0,00
Valor do empenho:	271,20	Valor liquidado:	271,20
Valor anulado:	0,00	Valor anulado:	0,00
Total (A):	271,20	Total (B):	271,20
		Total (A - B):	0,00

Credor: LUCIANO PEREIRA DA CRUZ  
CPF/CNPJ: 037.949.129-00 Inscr.Est./Ident.Prof.: Telefone:  
Endereço: ROCHA LOURES - 949 Cidade: Mandaguá UF: PR  
Banco: Conta:  
Agência: Tipo da Conta:

Especificação:  
TRANSPORTE DE PACIENTES PARA TRATAMENTO ESPECIALIZADO EM JACAREZINHO/PR. Proc. Administrativo 1.741/2024

Fonte de Recurso: Vinculado Valor geral: 271,20

Descontos:  
Total de descontos: 0,00 Liquido a pagar: 271,20

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: 25/04/2024  
Responsável