



PREFEITURA MUNICIPAL DE CIDADE GAUCHA

Estado do Paraná

Rua: Juscelino Kubitschek de Oliveira, nº 2394 - Fone/Fax: (44) 3675-4300
CEP: 87820-000 - CNPJ: 75.377.200/0001-67 - www.cidadegaucha.pr.gov.br

**NOTA DE EMPENHO
E ORDEM DE PAGAMENTO**

Número do Empenho 005899/2024	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinario	Categoria de Empenho Comum
---	-------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

Órgão	06 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE		
Unidade	02 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		
Dotação	10.301.1232.2.032.3390.14.00.00	DIARIAS - PESSOAL CIVIL	01244
Desdobramento	3390141401	SERVIDORES EFETIVOS	01245
Fonte de Recursos	00303 Saude Percentual Vinculado Sobre Rec.Imp		

Credor	00976 ADEVAIR D. EVANGELISTA		
Endereço	AV. COMENDADOR GENTIL GERALDI 2424 CEN		
CNPJ/CPF	687.338.289-20	Fone	Cidade CIDADE GAUCHA

Licitação	Número	Solicitação	Processo	Homologação:	Emissão	Vencimento
Não se Aplica					07.10.24	07.10.24

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
276.897,66	144.449,13	98,17	144.350,96

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1	Valor que se empenha referente a diaria para levar pacientes no Hospital Santa Rita, conforme comprovante em anexo...	98,17	98,17

TOTAL GERAL: 98,17

VALOR BRUTO	COMP. () ANUL. () DESC. ()	VALOR LÍQUIDO
RS	RS	RS

Encarregado do Serviço

Contador

Ordenador da Despesa

Marli G. Schwengber

J Gilvan de Oliveira

Henrique Domingues

RECIBO

BAIXADO N.º

SERIE N.º

BANCO

DIR. DEPTO. TESOUREARIA

DECLARO(A) PARA OS DEVIDOS FINS, QUE RECEBI(AMOS) A IMPORTANCIA DESTA ORDEM DE PAGAMENTO, CORRESPONDENTE AO VALOR ACIMA ESCRITO, E PELA QUAL DOU(AMOS) PLENA E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO

DATA / /

ASSINATURA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CIDADE GAUCHA

Estado do Paraná

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

GABINETE DO PREFEITO

Rua: Juscelino Kubistchek de Oliveira, nº 2394 – Fone/Fax (044) 3675-1122

CEP – 87.820-000 - CNPJ/MJ – 75.377.200/0001-67

WWW.cidadegaucha.pr.gov.br

adm@cidadegaucha.pr.gov.br

Rainha do Noroeste

DE ACORDO COM O DECRETO Nº 101/2024

SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA 2024

REQUERIMENTO	
Funcionário: ADEVAIR DONIZETE EVANGELISTA CPF: : 687.338.289-20	
Destino: MARINGA	
Data/Hora Saída: 07/10/2024 03:30	
Data/Hora Retorno: 07/10/2024 11:00	
Nº de Diárias: 01 N° Pernoites: 98,17	
Objetivo da viagem: LEVAR PACIENTES NO HOSPITAL SANTA RITA.	
Meio de transporte: CARRO	Veículo Municipal: SDT3A92..
Comprometo atender o contido decreto nº 101/2024, estando ciente do seu inteiro teor, especificando no compromisso da comprovação da viagem, e que constata a falta da documentação, importará no cancelamento desta diária e a devolução aos cofres públicos .	
Assumo a responsabilidade da veracidade das informações prestadas, neste requerimento.	
Justificativa:	 Assinatura do Funcionário
Autorização do Chefe Imediato:	 Nome e Assinatura do Chefe:
Data:/...../2024	
Recebimento e Despacho da Secretária Competente:	 Nome e Assinatura do Secretário
Data:..../...../2024	
Despacho: <input type="checkbox"/> Defiro <input type="checkbox"/> Inferido	
Motivo: <input type="checkbox"/> Documentação correta <input type="checkbox"/> Documentação incorreta	
Outro Motivo:	

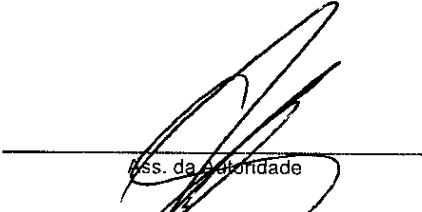


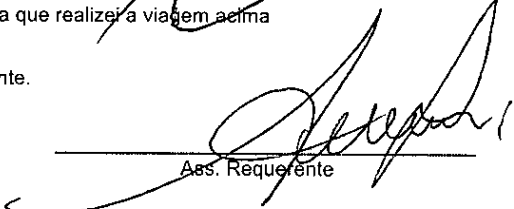
Prefeitura Municipal de Cidade Gaúcha
ESTADO DO PARANÁ

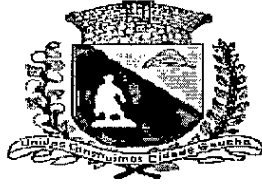
Rua 25 de Julho, 1814 - Centro - Fone: (44)3675-1122
CEP - 87.820-000 CNPJ/MF - 75.377.200/0001-67

ORDEM DE VIAGEM Nº 11908

REQUERIMENTO:					
Requerente:	ADEVAIR DONIZETE EVANGELISTA				
CPF:	687.338.289-20				
requer diária(s) conforme abaixo, em conformidade com a Lei Municipal nº 2136/2014 de 01/07/2014					
Destino:	MARINGA				
Data/Hora de Saída:	07/10/2024 03:30				
Data/Hora de Retorno:	07/10/2024 11:00				
Nº de Diárias:	1,0	Vlr. Unit. Diárias:	98,17	Total Diárias:	98,17
Nº de Pernoites:	0,0	Vlr. Unit. Pernoites:	0,00	Total Pernoites:	0,00
				Total Geral:	98,17
Objetivo da viagem:	LEVAR PACIENTES NO HOSPITAL SANTA RITA.				
Meio de transporte utilizado:	SDT 3A92 - VAN SAUDE				
Nestes Termos Pede e Espera Deferimento					
Cidade Gaúcha	07/10/2024	 Ass. Requerente			

DESPACHO:	
<input type="checkbox"/> Defiro _____ diárias no valor de R\$ _____	
<input type="checkbox"/> Retifico a quantidade de diárias, passando as mesmas para _____ diárias no valor de R\$ _____	
<input type="checkbox"/> Indefero o pedido	
Nome da autoridade competente:	
Cidade Gaúcha	07/10/2024
 Ass. da Autoridade	

DECLARAÇÃO DO REQUERENTE:	
Declaro para os devidos fins e para quem interessar possa que realizei a viagem acima descrita	
E, por ser a expressão da verdade o acima, firmo o presente.	
Cidade Gaúcha	07/10/2024
 Ass. Requerente	



PREFEITURA MUNICIPAL DE CIDADE GAÚCHA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

Fone/Fax (044) 3675-1122, 3675-4300
Rua Juscelino Kubitschek de Oliveira, n.º 2394
CEP - 87.820-000 — CNPJ/MF – 75.377.200/0001-67

DECLARAÇÃO DE RASTREIO INDISPONÍVEL

VENHO POR MEIO DESTES DOCUMENTOS, INFORMAR QUE NO(S) SEGUINTE(S)

DIA(S): 07/30/2024

O RASTREIO DO(S) SEGUINTE(S) VEÍCULO(S) DA FROTA MUNICIPAL:

SDT3A92

_____ NÃO ESTÃO DISPONÍVEIS, DEVIDO A PROBLEMAS
TÉCNICOS COM O SISTEMA DE RASTREAMENTO.

INFORMO O DESTINO DOS

VEÍCULOS: Maringá

Assinatura/Carimbo do Secretário

Assinatura do Responsável do setor de Logística