



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**

Numero do Empenho 005896/2024	Recurso 00303	Tipo do Empenho Ordinario	Categoria de Empenho Comum
---	-------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

Orgão **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 **03340 JEFERSON PABLO DA SILVA**
 Endereço **AV. COMENDADOR GENTIL GERALDI 2424 CEN**
 CNPJ / CPF **073.908.949-89** Fone _____ Cidade **CIDADE GAUCHA**

licitação Não se Aplica	Numero	Solicitação	Processo	Homologação:	Emissão 07.10.24	Vencimento 07.10.24
-----------------------------------	--------	-------------	----------	--------------	----------------------------	-------------------------------

Valor Orçado 276.897,66	Saldo Anterior 144.762,85	Valor do Empenho 98,17	Saldo Atual 144.664,68
-----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

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

TOTAL GERAL: 98,17

VALOR BRUTO	COMP. () ANUL. () DESC. ()	VALOR LÍQUIDO
R\$	R\$	R\$

Encarregado do Serviço Marli G. Schwengber	Contador J Gilvan de Oliveira	Ordenador da Despesa Henrique Domingues
--	---	---

RECIBO
BANCO N. _____

CHEQUE N. _____ BANCO _____ DIR. DEPTO. TESOURARIA _____

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

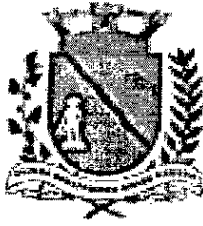
adm@cidadegaucha.pr.gov.br

Rainha do Noroeste

DE ACORDO COM O DECRETO Nº 101/2024

SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA 2024

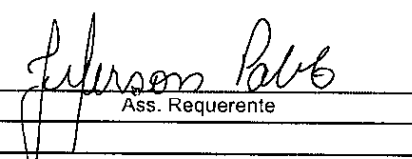
REQUERIMENTO	
Funcionário: JEFERSON PABLO DA SILVA CPF: 073.908.949-89	
Destino: MARINGA	
Data/Hora Saída: 07/10/2024 10:30	
Data/Hora Retorno: 07/10/2024 15:00	
Nº de Diárias: 01 N° Pernoites: 98,17	
Objetivo da viagem : LEVAR PACIENTE NO HOSPITAL SANTA RITA.	
Meio de transporte:	Veículo Municipal: SDX8130.
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:	

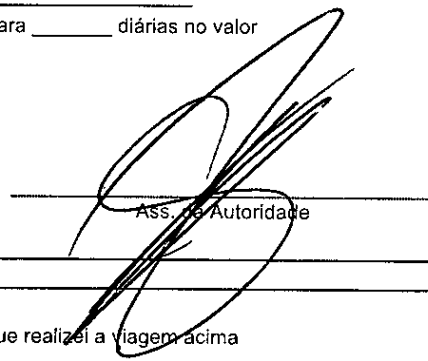


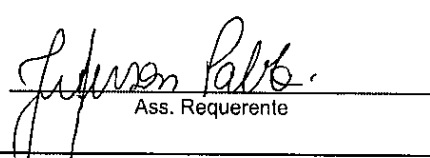
Prefeitura Municipal de Cidade Gaúcha
ESTADO DO PARANÁ

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 11910

REQUERIMENTO:					
Requerente:	JEFERSON PABLO DA SILVA				
CPF:	073.908.949-89				
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 10:30				
Data/Hora de Retorno:	07/10/2024 15:00				
Nº de Diárias:	1,0	Vir. Unit. Diárias:	98,17	Total Diárias:	98,17
Nº de Pernoites:	0,0	Vir. Unit. Pernoites:	0,00	Total Pernoites:	0,00
				Total Geral:	98,17
Objetivo da viagem:	LEVAR PACIENTE NO HOSPITAL SANTA RITA.				
Meio de transporte utilizado:	SDX 8130 - AMBULANCIA FORD				
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"/> Indefiro 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	

Pesquisar

Baixar o APP



SISTEMA DE RASTREAMENTO

Geral

07/10/2024 07/10/2024
08 00 23 59
Localização Localização

Trajetos

Últimos registros

Comandos

Configurações

Relatórios

Cadastrros

Perímetros

Manutenções

Motorista

Monitoramento

07/10/2024 10:30

07/10/2024 15:00

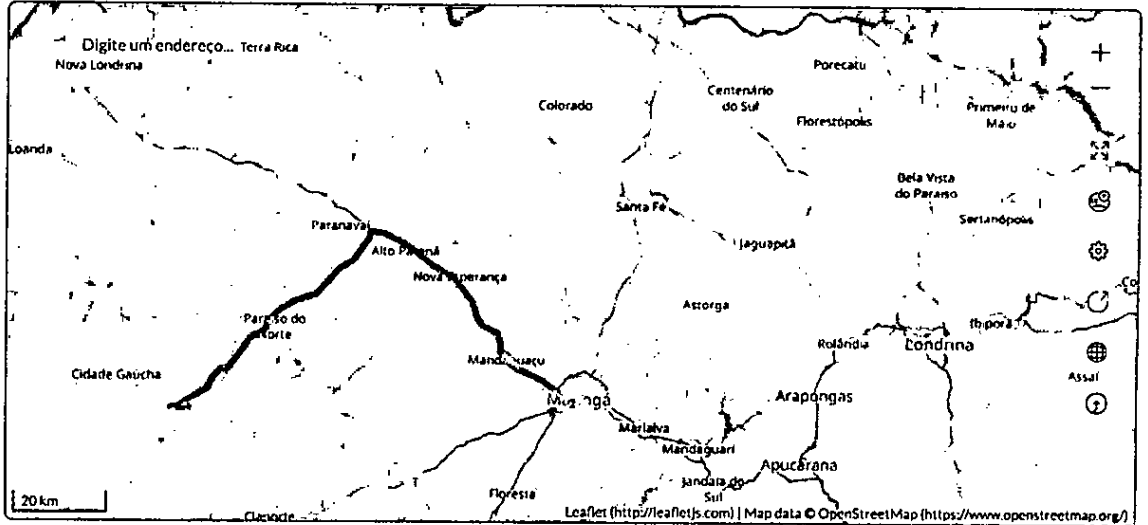
BEX4C87

BEX8F81

KQL8954

SDT2174

SDT3A92



Hodômetro:133 | Horímetro2

- Sem motorista
07/10/2024
72 km/h
- Sem motorista
07/10/2024
54 km/h
- Sem motorista
07/10/2024