



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO IGUAÇU

Estado do Paraná

Rua Niterói – s/n – Fone/Fax: (45) 255-1105 – 85929-000 – São Pedro do Iguaçu – Paraná
CNPJ: 95.583.597/0001-50 – e-mail: prefspedro@uol.com.br

REQUISIÇÃO DE DIÁRIAS Nº 034/2019

| A- DADOS DO SERVIDOR | | |
|--|---|---|
| Nome Marcos Paulo Batista Maia | Matrícula 1512-1 | |
| Cargo Motorista | CPF 022.009.439-03 | RG 6924316.9. - /SSPPR |
| Setor / Órgão Secretaria de Saúde | Conta Corrente 5692-8 | Banco / Nº Agência banco do Brasil/4110-6 |
| B- INFORMAÇÕES DA VIAGEM | | |
| Motivo da Viagem Levar a Lindinalva Correia da Silva pro Hospital Bom Jesus de Ivaipora . | | |
| Destino (Cidade / Estado) Ivaipora/pr | Período 25/06/2019 a 26/06/2019 | |
| Hora de Saída 17:45 | Hora de Retorno 10:52 | |
| Transporte Veículo Oficial <input checked="" type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Aéreo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> | | |
| C- INFORMAÇÕES DE DIÁRIA(S) / DADOS PARA INSCRIÇÃO | | |
| Nº Diária(s) 1/2 | Valor Diária(s) (R\$) R\$ 140,00 | Total a Receber (R\$) R\$ 140,00 |
| Necessária Inscrição Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> | | Valor (R\$) R\$ |
| Favorecido | | CNPJ . / . |
| Banco | Agência | Conta Corrente - |
| D- SOLICITAÇÃO DE DESLOCAMENTO / AUTORIZAÇÃO | | |
| Solicito autorização para realizar viagem de interesse do Serviço Público Municipal. 02/07/19 Mar. Batista Data Assinatura Servidor | | |
| Atesto a viabilidade do deslocamento objeto da presente requisição, encaminhe-se à Secretaria de Finanças. 03/07/19 _____ Data Secretário Municipal de Adm. e Planejamento | | |
| E- DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA | | |
| Natureza da Despesa 33901405 - 2.916 359 | Fonte da Despesa 000 - Rótulo Município | |
| Número da Requisição 034/2019 | Assinatura Responsável Ederson M. Spech Contador CRC PR 050181/0-8 Portaria Nº 312/2007 RG 8.214.996-1 | |
| F- AUTORIZAÇÃO PREFEITO MUNICIPAL | | |
| Autorizo o empenho e pagamento, conforme previsto em lei, publique-se. 03/07/19 _____ Data Assinatura | | |



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO IGUAÇU

Estado do Paraná

Rua Niterói, nº 121 – Fone/Fax: (45) 3255-8000 – São Pedro do Iguaçu – PR
CNPJ: 95.583.597/0001-50 – CEP: 85.929-000

PORTARIA Nº 111, de 03 de julho de 2019.

Concede diária.

O PREFEITO MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO IGUAÇU, Estado do Paraná, no uso das atribuições que lhe são conferidas legais e constitucionais:

RESOLVE:

Art. 1º CONCEDER, 1/2 (meia) diária no valor total de R\$ 140,00 (cento e quarenta reais), pelo deslocamento do Sr. MARCOS PAULO BATISTA MAIA, motorista, à Cidade Ivaiporã – PR, com saída no dia 25 de junho de 2019, às 17h45min e retorno no dia 26 de junho de 2019 às 10h52min, com finalidade de levar o paciente ao Hospital Bom Jesus de Ivaiporã.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Anote-se e Publique-se.

GABINETE DO PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DO IGUAÇU, Estado do Paraná, em 03 de julho de 2019.

Francisco Dantas de Souza Neto
PREFEITO MUNICIPAL

**PUBLICADO NO
DIÁRIO ELETRÔNICO**

Edição Nº 1791 pág. 208

Data 04 / 07 / 19

PUBLICADO NO JORNAL

Jornal do Oeste

Edição Nº 10.016

Pág. 14

Data 04 / 07 / 19



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO IGUAÇU

Estado do Paraná

Rua Niterói – s/n – Fone/Fax: (45) 255-1105 – 85929-000 – São Pedro do Iguaçu – Paraná
CNPJ: 95.583.597/0001-50 – e-mail: pefspedro@uol.com.br

RELATÓRIO DE VIAGEM N°

034/2019

| A- DADOS DO SERVIDOR / DIÁRIA | | |
|--|---|--|
| Nome Marcos Paulo Batista Maia | Matrícula 1512-1 | |
| Número Requisição | Nº Diária(s) 1/2 | Valor Diária(s) (R\$) R\$ 140,00 |
| B- INFORMAÇÕES DA VIAGEM | | |
| A viagem foi realizada? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | | |
| Destino (Cidade / Estado) Ivaipora / Pr. | Período 25/06/2019 a 26/06/2019 | |
| Hora de Saída 17:45 | Hora de Retorno 10:52 | |
| C- OBJETIVO DA VIAGEM / RESUMO DAS ATIVIDADES REALIZADAS | | |
| Levar a Lindinalva Correia da Silva Pro Hospital Bom Jesus de Ivaipora Pr. | | |
| D- ANEXOS | | |
| 1- Diário de Bordo | | |
| 2- | | |
| 3- | | |
| 4- | | |
| E- ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO | | |
| Atesto a veracidade das informações acima prestadas, sujeitando-me às sanções criminais, cíveis e administrativas. | | |
| <u>02/07/19</u> Data | <u>Marcos Batista Maia</u> Assinatura | |
| F- HOMOLOGAÇÃO SECRETÁRIO MUNICIPAL | | |
| Homologo o relatório de viagem. | | |
| <u>03/07/2019</u> Data | <u>Hermilo Gambin</u> Assinatura | |
| Hermilo Gambin Secretário Municipal de Saúde Portaria 083/2018 RG 3 219 135-5 SSP/PR | | |
| G- PARA USO DA SECRETARIA DE FINANÇAS | | |
| Necessária restituição de valores? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Valor Restituição (R\$) | Banco / Conta Corrente / Agência | |
| Responsável | Ciência Beneficiário | |
| -----/-----/----- Data | -----/-----/----- Data | |
| ----- Assinatura | ----- Assinatura | |

