



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

071/2019

A- DADOS DO SERVIDOR		
Nome Gilmar Luis Ceretta.	Matrícula 11632-1	
Cargo Motorista	CPF 074.509.399-08	RG 8915845.1. - /SSPPR
Setor / Órgão Secretaria de Saúde	Conta Corrente 69040-6	Banco / Nº Agência Sicredi/0715-
B- INFORMAÇÕES DA VIAGEM		
Motivo da Viagem Levar o paciente Jones Gomes e as acompanhantes Francisca Terezinha Genz e Marisa Aparecida Nidermayer ate o Hospital Sao Camilo de Ponta Grossa Pr .		
Destino (Cidade / Estado) Ponta Grossa /pr	Período 12/09/2019 a 13/09/2019	
Hora de Saída 11:30	Hora de Retorno 16:30	
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	Valor Diária(s) (R\$) R\$ 265,00	Total a Receber (R\$) R\$ 265,00
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.		
03 / 10 / 2019	Gilmar Luis Ceretta	
Data	Assinatura Servidor	
Atesto a viabilidade do deslocamento objeto da presente requisição, encaminhe-se à Secretaria de Finanças.		
04 / 10 / 19	[Assinatura]	
Data	Secretário Municipal de Adm. e Planejamento	
E- DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
Natureza da Despesa 33901400 216 359	Fonte da Despesa 000 - recursos municipais	
Número da Requisição 072/2019	Assinatura Responsável	[Assinatura]
F- AUTORIZAÇÃO PREFEITO MUNICIPAL		
Autorizo o empenho e pagamento, conforme previsto em lei, publique-se.		
06 / 10 / 19	[Assinatura]	
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 172, de 04 de outubro 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, 01** (uma) diária no valor total de **R\$ 265,00** (duzentos e sessenta e cinco reais), pelo deslocamento do Sr. **GILMAR LUIS CERETTA**, motorista, à **Cidade Ponta Grossa – PR**, com saída no dia 12 de setembro de 2019, às 11h30min e retorno no dia 13 de setembro de 2019 às 16h30min, com finalidade de levar paciente ao Hospital São Camilo de Ponta Grossa – PR.

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 04 de outubro de 2019.


Francisco Dantas de Souza Neto
PREFEITO MUNICIPAL

**PUBLICADO NO
DIÁRIO ELETRÔNICO**

Edição Nº 1858 pág. 24

Data 07 / 10 / 19

PUBLICADO NO JORNAL

Formal do Oeste
Edição Nº 10.083

Pág. 19

Data 05.06 / 10 / 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 Nº 07/2019

A- DADOS DO SERVIDOR / DIÁRIA	
Nome Gilmar Luis Ceretta	Matrícula 11632-1
Número Requisição	Nº Diária(s) 1
	Valor Diária(s) (R\$) R\$ 265,00
B- INFORMAÇÕES DA VIAGEM	
A viagem foi realizada? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Destino (Cidade / Estado) Ponta Gross/ Pr.	Período 12 /09/2019 a 13/09/2019
Hora de Saída 11:30	Hora de Retorno 16:30
C- OBJETIVO DA VIAGEM / RESUMO DAS ATIVIDADES REALIZADAS	
Levar o paciente Jones Gomes e as acompanhantes Francisca Terezinha Genz e Marisa Aparecida Nidermayer ate o Hospital Sao Camilo de Ponta Grossa Pr .	
D- ANEXOS	
1- 4Diário 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>03/10/2019</u> Data	 Assinatura
F- HOMOLOGAÇÃO SECRETÁRIO MUNICIPAL	
Homologo o relatório de viagem.	
<u>04/10/2019</u> Data	 Assinatura
Hermilo Gambin Secretário Municipal de Saúde Portaria 083/2018 RG 2719 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



MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DO IGUAÇU

Estado do Paraná

COORDENADORIA DO SISTEMA DE CONTROLE INTERNO UNIFICADO DOS PODERES LEGISLATIVO E EXECUTIVO DO MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DO IGUAÇU

Rua Niterói - 121 - Fone/Fax: (45) 3255-1105 - 85929-000 - São Pedro do Iguaçu - Paraná

LOTADO NO DEPARTAMENTO:		SAÚDE		Nº DO PATRIMÔNIO:		5441	
NOME:				FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ FUNSAÚDE			
CPF/CNPJ:		COMBUSTIVEL:		ALCO- GÁS		CÓD/RENAVAM:	
08.597.121/0001-74		2016		2017		10837063-20	
ESPECIE TIPO:		ANO FAB.:		ANO MOD.:		MARCA/MODELO:	
ESP/CAMIONETE/AMBUL.		2016		2017		10837063-20	
SAÍDA				SE ABASTECER			
Destino		CHEGADA		Litros/tipo Combust.		Nº da Re- quisição	
Local de saída		Data/ Mês		Km Hora		Km no hodômetro	
Km Inicial		Mês		Final		Assinatura Responsável	
Km Final		Mês		Km Final		Ass. Motorista/Conduco	
05/07	100	300	07/07	11:10	110228		
11/08	116	Sier/Saúde	10/09	16:40	110289	24331	110289
12/09	19:00	LUZ MANUA	11/09	20:10	111402	45211	110847
12/09	8:00	LUZ MANUA	12/09	12:20	111504		
12/09	15:20	LUZ MANUA	12/09	16:10	111515		
12/09	11:30	LUZ MANUA	12/09	07:00	112014		
13/09	08:00	LUZ MANUA	13/09	18:30	112519	294120	112514
13/09	16:30	LUZ MANUA	13/09	17:30	112519	59344	112514
14/09	10:15	LUZ MANUA	14/09	19:30	112608		
18/09	18:00	LUZ MANUA	18/09	07:00	113707	15212	112609
18/09	10:00	LUZ MANUA	18/09	19:40	113707	28656	113707
18/09	19:40	LUZ MANUA	18/09	20:00	113707	64720	113707

PLACA: BAL - 0548
CHASSI: 93YMAFELAHJ264403

RENAULT/MASTER ALLT AMBI

DEPARTAMENTO

Assinatura Responsável: [Handwritten signatures]