



# 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 090/2019

A- DADOS DO SERVIDOR		
Nome Enandes Luiz Baccin		Matrícula 110521
Cargo Motorista	CPF 525.327.809-59	RG 3.882.840.17 - /SSPPR
Setor / Órgão Secretaria de Saúde	Conta Corrente 18632-5	Banco / N° Agência Sicredil/0704-
B- INFORMAÇÕES DA VIAGEM		
Motivo da Viagem buscar a paciente Aparecida Conceição e o acompanhante Francisco Coelho Prates no Hospital Angelina Caron em Campina Grande do Sul Pr		
Destino (Cidade / Estado) Campina Grande do Sul /	Período 29/11/2019 a 30 /11/2019	
Hora de Saída 05:45	Hora de Retorno 06:20.	
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		
N° Diária(s) 1	Valor Diária(s) (R\$) R\$ 280,00	Total a Receber (R\$) R\$ 280,00
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.		
03/12/2019	[Assinatura]	
Data	Assinatura Servidor	
Atesto a viabilidade do deslocamento objeto da presente requisição, encaminhe-se à Secretaria de Finanças.		
04/12/2019	[Assinatura]	
Data	Secretário Municipal de Adm. e Planejamento	
E- DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
Natureza da Despesa 3390/400 - 2416 359	Fonte da Despesa 000 - Rec. Munic.	
Número da Requisição 090/2019	Assinatura Responsável [Assinatura]	
F- AUTORIZAÇÃO PREFEITO MUNICIPAL		
Autorizo o empenho e pagamento, conforme previsto em lei, publique-se.		
04/12/2019	[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 211, de 04 de dezembro 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\$ 280,00 (duzentos e oitenta reais)**, pelo deslocamento do Sr. **ENANDES LUIZ BACCIN**, motorista, à **Cidade Campina Grande do Sul - PR**, com saída no dia 29 de novembro de 2019, às 05h45min e retorno no dia 30 de novembro de 2019 às 06h20min, com finalidade de buscar paciente ao Hospital Angelina Caron em Campina Grande do Sul - 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 dezembro de 2019.

  
**Francisco Dantas de Souza Neto**  
PREFEITO MUNICIPAL

**PUBLICADO NO  
DIÁRIO ELETRÔNICO**

Edição Nº 1900 pág. 245

Data 05/12/19

**PUBLICADO NO JORNAL**

*Jornal do Oeste*

Edição Nº 10.125

Pág. 10

Data 05/12/19



# 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: prefspedro@uol.com.br

RELATÓRIO DE VIAGEM Nº 087/2019

A- DADOS DO SERVIDOR / DIÁRIA		
Nome <b>Enandes Luiz Baccin</b>		Matrícula <b>110521-</b>
Número Requisição	Nº Diária(s) <b>1</b>	Valor Diária(s) (R\$) <b>R\$ 280,00</b>
B- INFORMAÇÕES DA VIAGEM		
A viagem foi realizada? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Destino (Cidade / Estado) <b>Campina Grande do Sul Pr. I.</b>	Período <b>29/11/2019 a 30/11/2019</b>	
Hora de Saída <b>05:45</b>	Hora de Retorno <b>06:20</b>	
C- OBJETIVO DA VIAGEM / RESUMO DAS ATIVIDADES REALIZADAS		
buscar a paciente Aparecida Conceição e o acompanhante Francisco Coelho Prates ate o Hospital Angelina Caron, em Campina Grande do Sul .		
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>03/12/2019</u> Data	 Assinatura	
F- HOMOLOGAÇÃO SECRETÁRIO MUNICIPAL		
Homologo o relatório de viagem.		
<u>04/13/2019</u> Data	 Assinatura	
<b>Hermilo Gambin</b> 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 type="checkbox"/>		
Valor Restituição (R\$)	Banco / Conta Corrente / Agência	
Responsável	Ciência Beneficiário	
_____/_____/_____ Data	_____ Assinatura	_____/_____/_____ Data
		_____ Assinatura



