



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 0591/2019

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 / Nº Agência Sicredil/0704-
B- INFORMAÇÕES DA VIAGEM		
Motivo da Viagem Levar o paciente Mauro Franck e a acompanhante Lenir Zanqueta Franck ate Hospital de Clinicas de Curitiba e Cleir Ribeiro da Silva ate o Hospital Angelina Caron de Campina Grande do Sul .		
Destino (Cidade / Estado) Curitiba Pr./Campina Grande do Sul.	Período 31/07/2019 a 02/08/2019	
Hora de Saída 13:00	Hora de Retorno 02:50	
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) 1/5	Valor Diária(s) (R\$) R\$ 280,00	Total a Receber (R\$) R\$ 420,00
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, 08, 2019	Assinatura Servidor	
Data		
Atesto a viabilidade do deslocamento objeto da presente requisição, encaminhe-se à Secretaria de Finanças.		
08, 08, 19	Assinatura Secretário Municipal de Adm. e Planejamento	
Data		
E- DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
Natureza da Despesa 3390/100. 216 - 359	Fonte da Despesa 000 - 2000 - 2000	
Número da Requisição 0591/2019	Assinatura Responsável	
F- AUTORIZAÇÃO PREFEITO MUNICIPAL		
Autorizo o empenho e pagamento, conforme previsto em lei, publique-se.		
08, 08, 2019	Assinatura	
Data		



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 140, de 08 de agosto 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, 1,5 (uma e meia) diária no valor total de R\$ 420,00 (quatrocentos e vinte reais), pelo deslocamento do Sr. ENANDES LUIZ BACCIN, motorista, à Cidade de Curitiba – PR e Campina Grande do Sul – PR, com saída no dia 31 de julho de 2019, às 13h00min e retorno no dia 02 de agosto de 2019 às 02h50min, com finalidade de levar o paciente no Hospital de Clinicas de Curitiba e Hospital Angelina Caron de Campina Grande Sul.

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 08 de agosto de 2019.


Francisco Dantas de Souza Neto
PREFEITO MUNICIPAL

**PUBLICADO NO
DIÁRIO ELETRÔNICO**

edição Nº 1817 pág. 220

Data 09 / 08 / 19

PUBLICADO NO JORNAL

Jornal do Oeste

Edição Nº 10.042

Pág. 13

Data 09 / 08 / 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 054/2019

A- DADOS DO SERVIDOR / DIÁRIA			
Nome Enandes Luiz Baccin	Matrícula 110521-		
Número Requisição <u>054/2019</u>	Nº Diária(s) 1/5	Valor Diária(s) (R\$) R\$ 420,00	
B- INFORMAÇÕES DA VIAGEM			
A viagem foi realizada? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Destino (Cidade / Estado) /Curitiba Pr.Campina Grande do Sul. I.	Período 31/07/2019 a 02/08/2019		
Hora de Saída 13:00	Hora de Retorno 02:50		
C- OBJETIVO DA VIAGEM / RESUMO DAS ATIVIDADES REALIZADAS			
Levar o paciente Mauro Franck e a acompanhante Lenir Zanqueta Franck ate Hospital de Clinicas de Curitiba e Cleir Ribeiro da Silva ate o Hospital Angelina Caron de 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>02/08/2019</u> Data	 Assinatura		
F- HOMOLOGAÇÃO SECRETÁRIO MUNICIPAL			
Homologo o relatório de viagem.			
_____/_____/_____ Data	 Assinatura		
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

Hermilo Gambin
Secretário Municipal de Saúde
Portaria 083/2018
RG 3 219 135-5 SSP/PR

