



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 027/2019

A- DADOS DO SERVIDOR		
Nome Enandes Luiz Baccin	Matrícula 110521	
Cargo Motorista	CPF 525.327.809-59	RG 3.882.840-1- /SSP
Setor / Órgão Secretaria de Saúde	Conta Corrente 18632-5	Banco / N° Agência Sicredi/0704
B- INFORMAÇÕES DA VIAGEM		
Motivo da Viagem Levar o paciente Alan Junior Klei a Hospital Nossa Senhora do Rossio Campo Largo.		
Destino (Cidade / Estado) Campo Largo/	Período 09/06/2019 a 10/06/2019 / /	
Hora de Saída 22:00	Hora de Retorno 22:25	
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.		
11/09/2019	[Assinatura]	
Data	Assinatura Servidor	
Atesto a viabilidade do deslocamento objeto da presente requisição, encaminhe-se à Secretaria de Finanças.		
11/06/19	[Assinatura]	
Data	Secretário Municipal de Adm. e Planejamento	
E- DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
Natureza da Despesa 339019-2116 359	Fonte da Despesa 000- Recursos Municipais	
Número da Requisição	Assinatura Responsável 11-06-19	
F- AUTORIZAÇÃO PREFEITO MUNICIPAL		
Autorizo o empenho e pagamento, conforme previsto em lei, publique-se.		
11/06/2019	[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 102, de 18 de junho 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 da Sr. **ENANDES LUIZ BACCIN**, motorista, à **Cidade Campo Largo – PR**, com saída no dia 09 de junho de 2019, às 22h00min e retorno no dia 10 de junho de 2019 às 22h25min, com finalidade de levar o paciente Alan Junior Klei ao Hospital Nossa Senhora do Rossio Campo Largo.

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 18 de junho de 2019.

Francisco Dantas de Souza Neto
PREFEITO MUNICIPAL

**PUBLICADO NO
DIÁRIO ELETRÔNICO**

Edição Nº 1781 pág 257

Data 19/06/19

PUBLICADO NO JORNAL

formal do oeste

Edição Nº 10005

Pág. 22

Data 19/06/19



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 027/2019

A- DADOS DO SERVIDOR / DIÁRIA		
Nome Enandes Luiz Baccin		Matrícula 110521
Número Requisição	Nº Diária(s) 1	Valor Diária(s) (R\$) R\$ 280,00
B- INFORMAÇÕES DA VIAGEM		
A viagem foi realizada? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Destino (Cidade / Estado) Campina Grande do Sul/Curitiba PR		Período 09/06/2019 a 10/06/2019
Hora de Saída 22:00	Hora de Retorno 22:25	
C- OBJETIVO DA VIAGEM / RESUMO DAS ATIVIDADES REALIZADAS		
Levar o paciente AlanJunior Klei ao hospital Nossa Senhora do Rossio , Campo Largo.		
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>11/06/2019</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 checked="" type="checkbox"/>		
Valor Restituição (R\$)	Banco / Conta Corrente / Agência	
Responsável	Ciência Beneficiário	
-----/-----/----- Data	-----/-----/----- Data	-----/-----/----- Assinatura

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

