



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 097/2019

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 Pedro Silva ate o Hospital Angelina Caron em Curitiba Pr		
Destino (Cidade / Estado) Campina Grande do Sul ./Curitiba	Período 17/12/2019 a 18 /12/2019	
Hora de Saída 02:00	Hora de Retorno 04:20.	
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		
Nº 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.		
19/12/2019		
Data	Assinatura Servidor	
Atesto a viabilidade do deslocamento objeto da presente requisição, encaminhe-se à Secretaria de Finanças.		
26/12/2019		
Data	Secretário Municipal de Adm. e Planejamento	
E- DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
Natureza da Despesa 3390/90 246 359	Fonte da Despesa 000. Livros Municipais	
Número da Requisição 097/2019	Assinatura Responsável 27.12.19	
F- AUTORIZAÇÃO PREFEITO MUNICIPAL		
Autorizo o empenho e pagamento, conforme previsto em lei, publique-se.		
26/12/2019		
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 227, de 27 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 e Curitiba – PR**, com saída no dia 17 de dezembro de 2019, às 02h00min e retorno no dia 18 de dezembro de 2019 às 04h20min, com finalidade de levar paciente ao Hospital Angelina Caron.

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 27 de dezembro de 2019.


Francisco Dantas de Souza Neto
PREFEITO MUNICIPAL

PUBLICADO NO
DIÁRIO ELETRÔNICO

Edição Nº 1916 pág. 191

Data 30/12/19

PUBLICADO NO JORNAL

Jornal de Oeste

Edição Nº 10.140

Pág. 13

Data 28.29/12/19



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 N° 099/2019

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) , Curitiba Pr. I.	Período 17/12/2019 a 18/12/2019
Hora de Saída 02:00	Hora de Retorno 04:20
C- OBJETIVO DA VIAGEM / RESUMO DAS ATIVIDADES REALIZADAS	
levar o paciente Pedro Silva ate o Hospital Angelina Caron em Curitiba .	
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>19</u> / <u>12</u> / <u>2019</u> Data	----- Assinatura
F- HOMOLOGAÇÃO SECRETÁRIO MUNICIPAL	
Homologo o relatório de viagem.	
<u>26</u> / <u>12</u> / <u>2019</u> Data	----- Assinatura
Hermilo Gambin Secretário Municipal de Saúde Portaria 083/2018 RE 2 219 135-5 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

