



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

061/2019

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 Guilherme Bravo ate o Hospital Santa Madalena Sofia, Curitiba Pr		
Destino (Cidade / Estado) Curitiba Pr./	Período 22/08/2019 a 23/08/2019	
Hora de Saída 03:37	Hora de Retorno 04:00	
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.		
<u>23,08,19</u> Data	<u>Enandes</u> Assinatura Servidor	
Atesto a viabilidade do deslocamento objeto da presente requisição, encaminhe-se à Secretaria de Finanças.		
<u>23,08,19</u> Data	<u>[Assinatura]</u> Secretário Municipal de Adm. e Planejamento	
E- DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
Natureza da Despesa 2.116 RGD: 359	Fonte da Despesa 000	
Número da Requisição 061/2019	Assinatura Responsável 23.08.19	
F- AUTORIZAÇÃO PREFEITO MUNICIPAL		
Autorizo o empenho e pagamento, conforme previsto em lei, publique-se.		
<u>23,08,19</u> Data	<u>[Assinatura]</u> 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 154, de 27 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, 01** (uma) diária no valor total de **R\$ 280,00** (duzentos e oitenta reais), pelo deslocamento do Sr. **ENANDES LUIZ BACCIN**, motorista, à **Cidade de Curitiba – PR**, com saída no dia 22 de agosto de 2019, às 03h37min e retorno no dia 23 de agosto de 2019 às 04h00min, com finalidade de levar o paciente ao Hospital Santa Madalena Sofia Curitiba – 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 27 de agosto de 2019.

Francisco Dantas de Souza Neto
PREFEITO MUNICIPAL

PUBLICADO NO
DIÁRIO ELETRÔNICO

Edição Nº 1830 pág. 202

Data 28/08/19

PUBLICADO NO JORNAL

Jornal do Oeste

Edição Nº 10.055

Pág. 22

Data 28/08/19



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: prefspedro@uol.com.br

RELATÓRIO DE VIAGEM Nº 064/2019

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. /.	Período 22/08/2019 a 23/08/2019
Hora de Saída 03:37	Hora de Retorno 04:00
C- OBJETIVO DA VIAGEM / RESUMO DAS ATIVIDADES REALIZADAS	
Levar a paciente Guilherme Bravo ate o Hospital Santa Madalena Sofia ,Curitiba Pr .	
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>23/08/19</u> Data	 Assinatura
F- HOMOLOGAÇÃO SECRETÁRIO MUNICIPAL	
Homologo o relatório de viagem.	
_____/_____/_____ Data	 Assinatura
Hermilo Gambin 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	_____/_____/_____ Data
_____ Assinatura	_____ Assinatura

