



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

014/2020

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 Fank ate o Hospital de Clinicas em Curitiba .		
Destino (Cidade / Estado) Curitiba Pr./	Período 13/02/2020 a 15/02/2020	
Hora de Saída 23:00	Hora de Retorno 00:55	
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.		
17/02/2020		
Data	Assinatura Servidor	
Atesto a viabilidade do deslocamento objeto da presente requisição, encaminhe-se à Secretaria de Finanças.		
20/02/2020		
Data	Secretário Municipal de Adm. e Planejamento	
E- DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
Natureza da Despesa	Fonte da Despesa	
Número da Requisição	Assinatura Responsável	
F- AUTORIZAÇÃO PREFEITO MUNICIPAL		
Autorizo o empenho e pagamento, conforme previsto em lei, publique-se.		
20/02/2020		
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 035, de 21 de fevereiro de 2020.

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\$ R\$ 280,00 (duzentos e oitenta reais), pelo deslocamento do Sr. **Enandes Luiz Baccin**, motorista, à **Cidade de Curitiba – PR**, com saída no dia 13 de fevereiro de 2020, às 23h00min e retorno no dia 15 de fevereiro de 2020, às 00h55min, com finalidade de levar paciente ao Hospital de Clínicas.

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 21 de fevereiro de 2020.

Francisco Dantas de Souza Neto
Prefeito Municipal

**PUBLICADO NO
DIÁRIO ELETRÔNICO**

Edição Nº 1955 pág 249

Data 24/02/2020

PUBLICADO NO JORNAL

Jornal do Oeste

Edição Nº 10.178

Pág. 12

Data 22/23/02/2020



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 014/2020

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 13/02/2020 a 15/02/2020
Hora de Saída 23:00	Hora de Retorno 00:55
C- OBJETIVO DA VIAGEM / RESUMO DAS ATIVIDADES REALIZADAS	
levar o paciente Mauro Fank ate o Hospital de Clinicas em 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>17.02.2020</u> Data	 Assinatura
F- HOMOLOGAÇÃO SECRETÁRIO MUNICIPAL	
Homologo o relatório de viagem.	
<u>17.02.2020</u> 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	_____/_____/_____ Data
_____ Assinatura	_____ Assinatura

