



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 041/2020

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 Pedro da Silva no Hospital Angelina Caron , em Campina Grande do Sul Pr .		
Destino (Cidade / Estado) Campina Grande do Sul Pr./	Período 26/08/2020 a 27/08/2020	
Hora de Saída 13:00	Hora de Retorno 13:22	
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.		
27/08/2020 Data	Assinatura Servidor	
Atesto a viabilidade do deslocamento objeto da presente requisição, encaminhe-se à Secretaria de Finanças.		
27/08/2020 Data	Secretário Municipal de Adm. e Planejamento	
E- DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
Natureza da Despesa 2116-33901400 00	Fonte da Despesa 000 - FONTE LIVRE FUNDO MUNICIPAL SAÚDE	
Número da Requisição 041/2020	Assinatura Responsável	
F- AUTORIZAÇÃO PREFEITO MUNICIPAL		
Autorizo o empenho e pagamento, conforme previsto em lei, publique-se.		
27/08/2020 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 192, de 28 de agosto 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\$ 280,00** (duzentos e oitenta reais), pelo deslocamento do Sr. ENANDES LUIZ BACCIN, motorista, à **Cidade Campina Grande do Sul – PR**, com saída no dia 26 de agosto de 2020, às 13h00min e retorno no dia 27 de agosto de 2020 às 13h22min, com a finalidade de levar paciente no Hospital Angelina Caron, em Campina Grande do 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 28 de agosto de 2020.


Francisco Dantas de Souza Neto
PREFEITO MUNICIPAL

PUBLICADO NO
DIÁRIO ELETRÔNICO

Edição Nº 2086 pág. 239

Data 31/08/2020

PUBLICADO NO JORNAL

Jornal do Oeste

Folhação Nº 10.308

Pág. 11

Data 29.30/08/2020



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 041/2020

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) Campina Grande do Sul Pr . I.	Período 26/08/2020 a 27/08/2020
Hora de Saída 13:00	Hora de Retorno 13:22
C- OBJETIVO DA VIAGEM / RESUMO DAS ATIVIDADES REALIZADAS	
Levar o paciente Pedro da Silva ate o Hospital Angelina Caron , para consulta para transplante de Rin em Campina Grande do Sul 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>27.08.2020</u> Data	 Assinatura
F- HOMOLOGAÇÃO SECRETÁRIO MUNICIPAL	
Homologo o relatório de viagem.	
<u>27-08-2020</u> Data	 Assinatura
Hermilo Gambin Secretário Municipal de Saúde Portaria 083/2018 RG 3 218 135-5 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 _____/_____/_____ Data	Ciência Beneficiário _____/_____/_____ Assinatura

