



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 **044/2020**

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 / N° Agência Sicredil/0704-
B- INFORMAÇÕES DA VIAGEM		
Motivo da Viagem Levar o Paciente Thiago Cordeiro e o acompanhante Irael Cordeiro no Hospital de Clinicas e Pensão Ideal de Curitiba Pr .		
Destino (Cidade / Estado) Curitiba Pr./	Período 04/10/2020 a 05/10/2020	
Hora de Saída 09:00	Hora de Retorno 21:35	
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) 1.1/2	Valor Diária(s) (R\$) R\$ 280,00	Total a Receber (R\$) R\$ 420,00
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. 06, 10, 2020 _____ Data Assinatura Servidor		
Atesto a viabilidade do deslocamento objeto da presente requisição, encaminhe-se à Secretaria de Finanças. 08, 10, 2020 _____ Data Secretário Municipal de Adm. e Planejamento		
E- DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
Natureza da Despesa 33.90.14 RFBs 374	Fonte da Despesa 000	
Número da Requisição	Assinatura Responsável _____ [Assinatura]	
F- AUTORIZAÇÃO PREFEITO MUNICIPAL		
Autorizo o empenho e pagamento, conforme previsto em lei, publique-se. 08, 10, 2020 _____ Data Assinatura [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 201, de 08 de outubro 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 e ½ (meia) no valor total de R\$ 420,00 (quatrocentos e vinte reais), pelo deslocamento do Sr. ENANDES LUIZ BACCIN, motorista, à **Cidade de Curitiba – PR**, com saída no dia 04 de outubro de 2020, às 09h00min e retorno no dia 05 de outubro de 2020 às 21h35min, com a finalidade de levar paciente ao Hospital de Clinicas e Pensão Ideal, em Curitiba.

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 08 de outubro de 2020.


Francisco Dantas de Souza Neto
PREFEITO MUNICIPAL

**PUBLICADO NO
DIÁRIO ELETRÔNICO**

Edição Nº 2114 pág. 258

Data 09/10/2020

PUBLICADO NO JORNAL

formal da Joste

Edição Nº 10336

Pág. 11

Data 09/10/2020



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 044/2020

A- DADOS DO SERVIDOR / DIÁRIA	
Nome Enandes Luiz Baccin	Matrícula 110521-
Número Requisição	Nº Diária(s) 1.1/2
	Valor Diária(s) (R\$) R\$ 420,00
B- INFORMAÇÕES DA VIAGEM	
A viagem foi realizada? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Destino (Cidade / Estado) Curitiba Pr . /.	Período 04/10/2020 a 05/10/2020
Hora de Saída 09:00	Hora de Retorno 21:35
C- OBJETIVO DA VIAGEM / RESUMO DAS ATIVIDADES REALIZADAS	
Levar o paciente Thiago Cordeiro e o acompanhante Israel Cordeiro no Hospital de Clinicas e Pensão Ideal 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>06/10/2020</u> Data	 Assinatura
F- HOMOLOGAÇÃO SECRETÁRIO MUNICIPAL	
Homologo o relatório de viagem.	
<u>07/10/2020</u> Data	 Assinatura
Hermilo Gambin Secretário Municipal de Saúde Portaria 083/2018 RG 3 219 135-5 SSP/PE	
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

