

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 *061/2020*

A- DADOS DO SERVIDOR		
Nome João Baran Filho	Matrícula 17151	
Cargo Motorista	CPF 546.080.159-15	RG 400.18.12-3 - /SSPPR
Setor / Órgão Secretaria de Saúde	Conta Corrente 7909-x	Banco / Nº Agência Brasil/4110-6
B- INFORMAÇÕES DA VIAGEM		
Motivo da Viagem Levar o paciente Pedro Silva para avaliação para transplante de rin no Hospital Angelina Caron , em Campina Grande do Sul e pensão ideal em Curitiba Pr .		
Destino (Cidade / Estado) Curitiba/Pr.	Período 23/11/2020 a 24/11/2020	
Hora de Saída 13:00	Hora de Retorno 21:40	
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.		
<i>01 / 12 / 2020</i> Data	<i>João Baran Filho</i> Assinatura-Servidor	
Atesto a viabilidade do deslocamento objeto da presente requisição, encaminhe-se à Secretaria de Finanças.		
<i>04 / 12 / 2020</i> Data	<i>[Assinatura]</i> Secretário Municipal de Adm. e Planejamento	
E- DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
Natureza da Despesa <i>33.90.14 Refs 344</i>	Fonte da Despesa <i>000</i>	
Número da Requisição <i>061/2020</i>	Assinatura Responsável <i>[Assinatura]</i>	
F- AUTORIZAÇÃO PREFEITO MUNICIPAL		
Autorizo o empenho e pagamento, conforme previsto em lei, publique-se.		
<i>04 / 12 / 2020</i> Data	<i>[Assinatura]</i> 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 257, de 07 de dezembro 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. **JOÃO BARAN FILHO**, motorista, à **Cidade de Curitiba – PR**, com saída no dia 23 de novembro de 2020, às 13h00min e retorno no dia 24 de novembro de 2020 às 21h40min, com a finalidade de levar paciente no Hospital Angelina Caron em Campina Grande 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 07 de dezembro de 2020.


Francisco Dantas de Souza Neto
PREFEITO MUNICIPAL

**PUBLICADO NO
DIÁRIO ELETRÔNICO**

Edição Nº 2154 pág 221

Data 08 / 12 / 2020

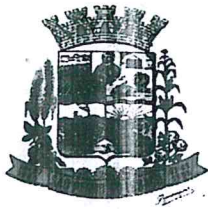
PUBLICADO NO JORNAL

formal de teste

Edição Nº 10.344

Pág. 11

Data 08 / 12 / 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: pefspedro@uol.com.br

RELATÓRIO DE VIAGEM Nº 061/2020

A- DADOS DO SERVIDOR / DIÁRIA	
Nome Joao Baran Filho	Matrícula 17151
Número Requisição Motorista.	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/Campina Grande do Sul Pr.	Período 23/11/2020 a 24/11/2020
Hora de Saída 13:00	Hora de Retorno 21:40
C- OBJETIVO DA VIAGEM / RESUMO DAS ATIVIDADES REALIZADAS	
Levar o paciente Pedro Silva para avaliação para transplante de rin no Hospital Angelina Caron em Campina Grande do Sul e Pensão Ideal em Curitiba Pr.	
D- ANEXOS	
1- 2- 3- 4-	
E- ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO	
Atesto a veracidade das informações acima prestadas, sujeitando-me às sanções criminais, cíveis e administrativas.	
<u>01.12.2020</u> Data	 Assinatura
F- HOMOLOGAÇÃO SECRETÁRIO MUNICIPAL	
Homologo o relatório de viagem.	
<u>04.12.2020</u> 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 -----/-----/----- Data	Ciência Beneficiário -----/-----/----- Data
----- Assinatura	----- Assinatura

