



# 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

069/2020

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 Buscar a Paciente Silvana Rameiro no Hospital de Clinicas e Pensão Ideal de Curitiba Pr .		
Destino (Cidade / Estado) Curitiba Pr./	Período 26/12/2020 a 27/12/2020	
Hora de Saída 15:00	Hora de Retorno 16:50	
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	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.		
28/12/20	Assinatura Servidor	
Data		
Atesto a viabilidade do deslocamento objeto da presente requisição, encaminhe-se à Secretaria de Finanças.		
28/12/2020	Secretário Municipal de Adm. e Planejamento	
Data		
E- DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
Natureza da Despesa 33.90.14 - Rev: 344	Fonte da Despesa 000	
Número da Requisição 069/2020	Assinatura Responsável	
F- AUTORIZAÇÃO PREFEITO MUNICIPAL		
Autorizo o empenho e pagamento, conforme previsto em lei, publique-se.		
28/12/2020	Assinatura	
Data		



# 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 319, de 28 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. ENANDES LUIZ BACCIN, motorista, à **Cidade de Curitiba – PR**, com saída no dia 26 de dezembro de 2020, às 15h00min e retorno no dia 27 de dezembro de 2020 às 16h50min, com a finalidade de buscar paciente no Hospital Angelina Caron em Campina Grande do Sul 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 28 de dezembro de 2020.

  
**Francisco Dantas de Souza Neto**  
PREFEITO MUNICIPAL

PUBLICADO NO  
DIÁRIO ELETRÔNICO

Edição Nº 2168 pág. 248

Data 29 / 12 / 2020

PUBLICADO NO JORNAL

Jornal do Oeste

Edição Nº 10.391

Pág. 10

Data 29 / 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: prefspedro@uol.com.br

RELATÓRIO DE VIAGEM Nº 069/2020

A- DADOS DO SERVIDOR / DIÁRIA	
Nome <b>Enandes Luiz Baccin</b>	Matrícula <b>110521-</b>
Número Requisição	Nº Diária(s) <b>1</b>
	Valor Diária(s) (R\$) <b>R\$ 265,00</b>
B- INFORMAÇÕES DA VIAGEM	
A viagem foi realizada? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Destino (Cidade / Estado) <b>Curitiba Pr .</b> <b>/.</b>	Período <b>26/12/2020 a 27/12/2020</b>
Hora de Saída <b>15:00</b>	Hora de Retorno <b>16:50</b>
C- OBJETIVO DA VIAGEM / RESUMO DAS ATIVIDADES REALIZADAS	
Buscar a paciente Silvana Rameiro 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>28,12,2020</u> Data	 Assinatura
F- HOMOLOGAÇÃO SECRETÁRIO MUNICIPAL	
Homologo o relatório de viagem.	
<u>28,12,2020</u> Data	 Assinatura
<b>Hermilo Gambin</b> 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

