



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA D'OESTE**

**Estado do Paraná**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Avenida Brasil, 766 – Cep: 85.740-000 – Fone/fax: 046-35561344 ou 1470

E-mail: saúde@peroladoeste.pr.gov.br

**SOLICITAÇÃO DE VIAGEM**

**DADOS DO SOLICITANTE**

Nome: ALE DE MEDEIROS ROVEDA

Matrícula: 996

Órgão de Lotação: SAÚDE

Cargo ou função: TECNICO EM ENFERMAGEM

PACIENTE: ALBINO DOS SANTOS

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: 24/08/2022

Destino: CASCAVEL – PR

Valor de diárias: R\$ 56,59

Transporte utilizado: AMBULANCIA – BBY 3479

Finalidade da viagem: ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: HOSPITAL CEONC

Dotação Orçamentária

Liberação Orçamentária

Declaro estar ciente das normas previstas na Lei Municipal nº 1.187/2019, que aprova o regimento das diárias. Declaro também e para todos os fins que são verídicas as informações prestadas, sem rasuras, nesta solicitação de diária e me responsabilizo por eventuais equívocos e omissões, sendo que autorizo o desconto em folha de pagamento de eventuais créditos não gastos e não ressarcidos ao erário.

Informações Complementares:

Pérola D'Oeste, 23 de Agosto de 2022.

*Ale de M. Roveda*

ALÉ DE MEDEIROS ROVEDA

Técnico em enfermagem

( ) Autorizado ( ) Não autorizado

José Valdir Pereira

Secretário Municipal de Saúde

*José Valdir Pereira*  
JOSE VALDIR PEREIRA  
Secretário de Saúde  
Decreto N.º 188/2021  
Pérola D'Oeste-PR



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA D'OESTE**

**Estado do Paraná**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Avenida Brasil, 766 – Cep: 85.740-000 – Fone/fax: 046-35561344 ou 1470

E-mail: saúde@peroladoeste.pr.gov.br

**RELATÓRIO DE VIAGEM**

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO – UTILIZAÇÃO DE DIÁRIAS**

Lei Municipal nº 1.187/2019

**1. Identificação**

**Órgão:** PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA D'OESTE

**Unidade Administrativa:** SAÚDE

**Nome do Servidor Beneficiário:** ALE DE MEDEIROS ROVEDA

**Matrícula:** 996

**N.º do Empenho da Liberação de Diárias:** \_\_\_\_/2022

**2. Destino do Servidor Beneficiário**

**Destino:** CASCAVEL – PR

**Data de Saída:** 24/08/2022 – 05:30 HS

**Data de Chegada:** 24/08/2022 – 20:00 HS

**3. Justificativa**

ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PARA HOSPITAL CEONC PARA CONSULTA E BIOPSIA

PACIENTE: ALBINO DOS SANTOS

**4. Valores Solicitados**

**Número de Diárias:** 01

**Valor Unitário da Diária:** R\$ 56,59

**Valor Total das Diárias:** R\$ 56,59

**5. Locomoção (Informar somente se a viagem foi realizada com veículo oficial)**

**Veículo:** AMBULÂNCIA – BBY 3479

**Frota:** Saúde

**PIX 745 965 009 91**

**6. Canhotos Comprovantes das Viagens de Ônibus ou Avião (colar)**

**7. Certificado ou documento que comprove participação em evento de interesse público ou o serviço prestado, se for o caso (colar).**

É o Relatório.

PÉROLA D'OESTE, 29/08/2022.

*Ale de M. Roveda*

**ALE DE MEDEIROS ROVEDA**  
**TEC. EM ENFERMAGEM**

Nos termos da Lei nº 1.187/2019, HOMOLOGO o presente Relatório Circunstanciado, e encaminho ao Departamento de Contabilidade para que promova seu arquivamento junto ao Protocolo n.º \_\_\_\_/2022, de Empenho, Liquidação e Pagamento.

PÉROLA D'OESTE, 29/08/2022.

\_\_\_\_\_  
**José Valdir Pereira**  
**Secretário Municipal de Saúde**

*Jep*  
**José Valdir Pereira**  
**Secretário de Saúde**  
**DECRETO nº 18P/22**