



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: MAUA ANDRIEL SILVEIRA RAMOS

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: 14/09/2022

Destino: FRANCISCO BELTRÃO – PR

Valor de diárias: R\$ 56,59

Transporte utilizado: AMBULANCIA – REU 3101

Finalidade da viagem: ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: HOSPITAL SÃO FRANCISCO

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, 13 de Setembro de 2022.

ALE DE MEDEIROS ROVEDA

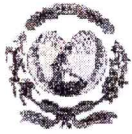
Técnico em enfermagem

() Autorizado () Não autorizado

José Valdir Pereira

Secretário Municipal de Saúde

José Valdir Pereira
Secretário de Saúde
DECRETO nº 188/2021



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: FRANCISCO BELTRÃO – PR

Data de Saída: 14/09/2022 – 15:20 HS

Data de Chegada: 14/09/022 – 20:10 HS

3. Justificativa

ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PARA HOSPITAL SÃO FRANCISCO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES
PACIENTE: MAUÃ ANDRIEL SILVEIRA RAMOS

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 – REU 3101

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, 20/09/2022.


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, 20/09/2022.

José Valdir Pereira
Secretário Municipal de Saúde


José Valdir Pereira
Secretário de Saúde
DECRETO nº 188/2021