



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: CLEONIRA MENDES

Matrícula: 1505

N.º do Empenho da Liberação de Diárias: ____/2022

2. Destino do Servidor Beneficiário

Destino: FRANCISCO BELTRÃO – PR

Data de Saída: 12/09/2022 – 14:00 HS

Data de Chegada: 12/09/2022 – 20:00 HS

3. Justificativa

ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE DO FUNDAÇÃO HOSP. DA FROENTEIRA AO HOSPITAL SÃO FRANCISCO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES
PACIENTE: ROMILDA PACHECO

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: AMBULANCIA – BBY 3479

Frota:

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

PIX 053 089 899 31

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, 15/09/2022.

CLEONIRA MENDES

TECNICO 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, 15/09/2022.

José Valdir Pereira

Secretário Municipal de Saúde

José Valdir Pereira
Secretário de Saúde
DECRETO nº 188/2022



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: CLEONIRA MENDES

Matrícula: 1505

Órgão de Lotação: SAÚDE

Cargo ou função: TECNICO EM ENFERMAGEM

PACIENTE: ROMILDA PACHECO

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: 12/09/2022

Destino: FRANCISCO BELTRÃO – 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: FUNDAÇÃO HOSPITALAR DA FRONTEIRA, 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, 09 de Setembro de 2022.

Cleonira Mendes

CLEONIRA MENDES

Técnico em enfermagem

José Valdir Pereira
Secretário de Saúde
DECRETO nº 188/2021

() Autorizado () Não autorizado

José Valdir Pereira

Secretário Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA D'OESTE

Estado do Paraná

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

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

E-mail: saude@peroladoeste.pr.com.br

RELATÓRIO DE TRANSPORTE/TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES NA EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE: Romilda Parko

MOTIVO DO TRANSPORTE:

- INTERNAMENTO/TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR;
- EXAMES;

EQUIPE TÉCNICA:

- MÉDICO _____
- ENFERMEIRO _____
- TÉCNICO DE ENFERMAGEM _____

TRAJETO:

- ATÉ 250 KM;
- MAIS DE 250 KM;

MOTIVO DO TRANSPORTE:

Encaminhado para Hosp São Francisco
com complicações na tromboembolia
Saída 19 hs
Retorno 20 hs

AMBULÂNCIA : REU 3101 () BBY3479 (X)

NOME DO PROFISSIONAL: Alceniia Mendes

Samuel

MÉDICO PLANTONISTA

DATA: 12/09/22 CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO