



**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**

733

**DADOS DO SOLICITANTE**

Nome: ALTAIR MALHMANN

Órgão de Lotação: SAÚDE

Matrícula: 721

Cargo ou função: MOTORISTA

**ACOMPANHANTES**

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: 08/03/2021

Destino: CURITIBA - PR

Valor de diárias: R\$ 1020,00

Transporte utilizado: SPIN BCH 0340

Finalidade da viagem: TRANSPORTE DE PACIENTE

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: HOSPITAL AMBULATÓRIO SANTA CASA

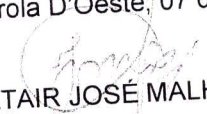
Dotação Orçamentária

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, 07 de março de 2021.

  
ALTAIR JOSÉ MALHMANN

Autorizado ( ) Não autorizado

Catiani Fátima da Silva Ramão Zílio



# 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: ALTAIR JOSÉ MALHMANN

Matrícula: 721

N.º do Empenho da Liberação de Diárias: \_\_\_\_/2021

##### 2. Destino do Servidor Beneficiário

Destino: CURITIBA - PR

Data de Saída: 08/03/2021 – 13:00

Data de Chegada: 10/03/2021 – 02:30

##### 3. Justificativa

TRANSPORTE DE PACIENTE P/PROCEDIMENTONO AMBULATÓRIO SANTA CASA

##### 4. Valores Solicitados

Número de Diárias: 02

Valor Unitário da Diária: R\$ 510,00

Valor Total das Diárias: R\$ 1020,00

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

Veículo: SPIN BCH 0340

Frota: SAÚDE/APSUS

##### 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, 12/04/2021.

ALTAIR JOSÉ MALHMANN

Motorista

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 \_\_\_\_/2021, de Empenho, Liquidação e Pagamento.

PÉROLA D'OESTE, 12/04/2021

Catiani Fatima da Silva Ramão Zílio  
Secretária Municipal de Saúde