



**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**

463

**DADOS DO SOLICITANTE**

Nome: LUCAS VIZINHESKI

Matrícula: 1577

Órgão de Lotação: SAÚDE

Cargo ou função: MOTORISTA

**ACOMPANHANTES**

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: 27/04/2021

Destino: CURITIBA – PR

Valor de diárias: R\$ 510,00          Quantidade 02    Total: 1020,00

Transporte utilizado: SPIN BCH 0340

Finalidade da viagem: TRANSPORTE DE PACIENTES

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: HOSPITAIS, CLÍNICAS

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, 26 de abril de 2021

LUCAS VIZINHESKI

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:** LUCAS VIZINHESKI

**Matrícula:** 1577

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

**2. Destino do Servidor Beneficiário**

**Destino:** CURITIBA - PR

**Data de Saída:** 27/04/2021 – 16:00

**Data de Chegada:** 29/04/2021 – 06:30

**3. Justificativa**

TRANSPORTE DE PACIENTE P/PROCEDIMENTO NO HOSPITAL 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:** PRÓPRIA (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, 29/04/2021.

  
LUCAS VIZINHESKI

**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, 29/04/2021.

  
Catiani Fatima da Silva Ramão Zillo  
Secretária Municipal de Saúde