



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

501

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: KRISTOFFERSON ALBUQUERQUE

Matrícula: 1487

Órgão de Lotação: SAÚDE

Cargo ou função: SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

ACOMPANHANTES:

DADOS DA VIAGEM

Data da Viagem: saída dia 12/02/2020 as 07H00 e retorno dia 12/02/2020 as 14h00

Destino: FRANCISCO BELTRÃO - PR

Valor de diárias: R\$ 41,42

Transporte utilizado: SPIN BCH 0340

Finalidade da viagem: REUNIÃO ORDINÁRIA CIB - REGIONAL

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: AUDITÓRIO DA AMSOP

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 verdadeiras 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, 11 de fevereiro de 2020.

Kristofferson Albuquerque

Autorizado () Não autorizado

Kristofferson Albuquerque

Secretário Municipal de Saúde



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: Departamento de Saúde

Nome do Servidor Beneficiário: KRISTOFFERSON ALBUQUERQUE

Matrícula: 1487

N.º do Empenho da Liberação de Diárias: /2020

2. Destino do Servidor Beneficiário

Destino: FRANCISCO BELTRÃO - PR

Data de Saída: 12/02/2020 AS 07:30 HRS

Data de Chegada: 12/02/2020 14:00 HRS

3. Justificativa

REUNIÃO ORDINÁRIA CIB REGIONAL
CRONOGRAMA EM ANEXO

4. Valores Solicitados

Número de Diárias: 01

Valor Unitário da Diária: R\$ 41,42

Valor Total das Diárias: R\$ 41,42

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

Veículo: BCH 0340

Frota: SAÚDE

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 de Fevereiro de 2020.

KRISTOFFERSON ALBUQUERQUE
Secretário Municipal de Saúde

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 02/2019, de Empenho, Liquidação e Pagamento.

Pérola D'Oeste, 12/02/2020.

Kristofferson Albuquerque
Secretário Municipal de Saúde