



**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: VANUZA DE FÁTIMA ANDERSEN

Órgão de Lotação: SAÚDE

513

Matrícula: 1509

Cargo ou função: ENFERMEIRA

**ACOMPANHANTES**

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: saída dia 21/02/2020 as 06H30 e retorno dia 21/02/2020 as 14h00

Destino: FRANCISCO BELTRÃO - PR

Valor de diárias: R\$ 41,42

Transporte utilizado: SPIN BCH 0340

Finalidade da viagem: CAPACITAÇÃO EM CITOLOGIA DE COLO DE ÚTERO

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: SALA DE MULTIMÍDIA UNIPAR

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, 20 de Fevereiro de 2020

  
VANUZA DE FÁTIMA ANDERSEN

Autorizado ( ) Não autorizado

Kristofferson Albuquerque



# 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: VANUZA DE FÁTIMA ANDERSEN

Matrícula: 1509

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

##### 2. Destino do Servidor Beneficiário

Destino: PÉROLA D'OESTE - PR

Data de Saída: 21/02/2020 AS 06H30

Data de Chegada: 21/02/2020 AS 14H00

##### 3. Justificativa

CAPACITAÇÃO EM CITOLOGIA DE COLO DE ÚTERO

##### 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: SPIN BCH 0340

Frota: SAÚDE/PRÓPRIA

##### 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, 27 DE FEVEREIRO DE 2020

  
\_\_\_\_\_  
VANUZA DE FÁTIMA ANDERSEN  
ENFERMEIRA

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 /2020, de Empenho, Liquidação e Pagamento.

Pérola D'Oeste, 27/02/2020.

  
\_\_\_\_\_  
Kristofferson Albuquerque  
Secretário Municipal de Saúde