



**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**

553

**DADOS DO SOLICITANTE**

Nome: CATIANI F. S. RAMAO ZILIO

Matricula: 1487

Órgão de Lotação: SAÚDE

Cargo ou função: ENFERMEIRA EPIDEMIOLOGIA

**ACOMPANHANTES**

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: saída dia 06/04/2020 as 07h30 e retorno dia 06/04/2020 as 17h45

Destino: REALEZA - PR

Valor de diárias: R\$ 41,42

Transporte utilizado: STRADA BAZ 8710

Finalidade da viagem: CAPACITAÇÃO PARA USO DO NOVO INSETICIDA CIELO

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: REALEZA

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, 05 de Abril de 2020

CATIANI F. S. RAMAO ZILIO

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: Secretaria Municipal de Saúde

Unidade Administrativa: Saúde

Nome do Servidor Beneficiário: CATIANI F. S. RAMAO ZILIO

Matrícula: 1482

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

##### 2. Destino do Servidor Beneficiário

Destino: REALEZA - PR

Data de Saída: 06/04/2020

Data de Chegada: 06/04/2020

##### 3. Justificativa

CAPACITAÇÃO PARA USO DO NOVO INSETICIDA CIELO

##### 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: STRADA BAZ 8710

Frota: PRÓPRIA - 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, 07 de abril de 2020.

CATIANI F. S. RAMAO ZILIO  
Enfermeira da Epidemiologia

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, 07/04/2020.

KRISTOFFERSON ALBUQUERQUE  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE