



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

555

DADOS DO SOLICITANTE

Nome: CLODETE MENDES

Matrícula: 1560

Órgão de Lotação: SAÚDE

Cargo ou função: AGENTE DE ENDEMIAS

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

Clodete Mendes
CLODETE MENDES

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: CLODETE MENDES

Matrícula: 1560

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.

Clodete Mendes

CLODETE MENDES

Agente de Endemias

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
KRISTOFFERSON ALBUQUERQUE
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE