



**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**

998

**DADOS DO SOLICITANTE**

Nome: LUCAS VIZINHESKI  
Órgão de Lotação: SAÚDE

Matrícula: 1577

Cargo ou função: MOTORISTA

**ACOMPANHANTES**

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: 15/10/2021

Destino: CURITIBA - PR

Valor de diárias: R\$ 1020,00

Transporte utilizado: SPIN BCH 0340

Finalidade da viagem: TRANSPORTE DE PACIENTE

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: HOSPITAL/ CLÍNICA

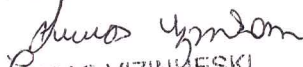
Dotação Orçamentária

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, 14/10/2021

  
LUCAS VIZINHESKI

Motorista

Autorizado ( ) Não autorizado

JOSÉ VALDIR PEREIRA

  
José Valdir Pereira  
Secretário de Saúde  
DECRETO nº 188/2021



**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: 6920/2021

**2. Destino do Servidor Beneficiário**

Destino: CURITIBA - PR  
Data de Saída: 15/10/2021 – 02:00 HS  
Data de Chegada: 17/10/2021 – 07:00HS

**3. Justificativa**

TRANSPORTE DE PACIENTE P/PROCEDIMENTO NO HOSPITAL INFANTIL WALDEMAR MONASTIER

**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

**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, 18/10/2021

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, 18/10/2021

José Valdir Pereira  
Secretário Municipal de Saúde

José Valdir Pereira  
Secretário de Saúde  
DECRETO nº 188/2021