



**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**

845

**DADOS DO SOLICITANTE**

Nome: CATIANI FÁTIMA DA SILVA RAMÃO ZÍLIO

Matrícula: 1482

Órgão de Lotação: SAÚDE

Cargo ou função: SEC. MUNICIPAL DE SAÚDE

**ACOMPANHANTES**

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: 07/07/2021

Destino: FRANCISCO BELTRÃO - PR

Valor de diárias: R\$ 51,00

Transporte utilizado: SPIN BCH 0340

Finalidade da viagem: REUNIÃO/BUSCAR VACINAS

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: 8ª REGIONAL DE SAÚDE

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, 06 de julho de 2021

Catiani Fátima da Silva Ramão Zílio  
Secretária Municipal de Saúde

Autorizado ( ) Não autorizado

Catiani Fátima da Silva Ramão Zílio



**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: CATIANI FÁTIMA DA SILVA RAMÃO ZÍLIO  
Matrícula: 1482  
N.º do Empenho da Liberação de Diárias: 4379/2021

**2. Destino do Servidor Beneficiário**

Destino: FRANCISCO BELTRÃO - PR  
Data de Saída: 07/07/2021 – 07:00 HS  
Data de Chegada: 07/07/2021 – 14:00HS

**3. Justificativa**

REUNIÃO/BUSCAR VACINAS

**4. Valores Solicitados**

Número de Diárias: 01  
Valor Unitário da Diária: R\$ 51,00  
Valor Total das Diárias: R\$ 51,00

**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, 08/07/2021.

-----  
**CATIANI FÁTIMA DA SILVA RAMÃO ZÍLIO**  
Secretária 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 \_\_\_\_/2021, de Empenho, Liquidação e Pagamento.

PÉROLA D'OESTE, 08/07/2021

-----  
**Catiani Fatima da Silva Ramão Zílio**  
Secretária Municipal de Saúde