



**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: ANA KELI DE AMARAL DOS SANTOS

Matrícula: 1506

Órgão de Lotação: SAÚDE

Cargo ou função: Agente de serviços da Saúde

874

**ACOMPANHANTES**

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: 03/08/2021

Destino: FRANCISCO BELTRÃO - PR

Valor de diárias: R\$ 51,00

Transporte utilizado: SPIN BCH 0340

Finalidade da viagem: REUNIÃO INSTRUMENTOS DE GESTÃO, DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: AMSOP - FB

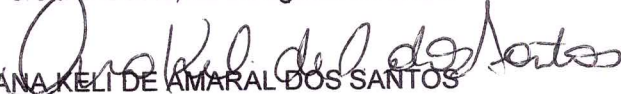
Dotação Orçamentária

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, 02 de agosto de 2021.

  
ANA KELI DE AMARAL DOS SANTOS

Agente de serviços da 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: ANA KELI DE AMARAL DOS SANTOS

Matrícula: 1506

N.º do Empenho da Liberação de Diárias: 5016 /2021

**2. Destino do Servidor Beneficiário**

Destino: FRANCISCO BELTRÃO - PR

Data de Saída: 03/08/2021 – 12:00 HS

Data de Chegada: 03/08/2021 – 18:30HS

**3. Justificativa**

REUNIÃO SOBRE OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE METAS PMS, PAS, RAG E RDQA.

**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, 04/08/2021.

ANA KELI DE AMARAL DOS SANTOS

AG. DE SERVIÇOS DA 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, 04/08/2021

Catiani Fatima da Silva Ramão Zílio  
Secretária Municipal de Saúde