



**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: ALAN DIONES KLEMANN

Órgão de Lotação: SAÚDE

*nº 565*  
Matrícula: 1477

Cargo ou função: MOTORISTA

**ACOMPANHANTES**

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: saída dia 09/05/2020 as 13H30 e retorno dia 10/05/2020 as 04h00

Destino: CURITIBA - PR

Valor de diárias: R\$ 414,20

Transporte utilizado: SPIN BAQ 8682

Finalidade da viagem: TRANSPORTE DE PACIENTE

Órgãos/locais a serem visitados ou eventos: SANTA CASA

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, 08 de maio de 2020

*Alan Diones Klemann*

ALAN DIONES KLEMANN

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:** PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA D'OESTE  
**Unidade Administrativa:** SAÚDE  
**Nome do Servidor Beneficiário:** ALAN DIONES KLEMANN  
**Matrícula:** 1477  
**N.º do Empenho da Liberação de Diárias:** \_\_\_\_/2020

**2. Destino do Servidor Beneficiário**

**Destino:** CURITIBA - PR  
**Data de Saída:** 09/05/2020 – 13H30  
**Data de Chegada:** 10/05/2020 – 04H00

**3. Justificativa**

BUSCAR ALTA DE PACIENTE NO HOSPITAL SANTA CASA.

**4. Valores Solicitados**

**Número de Diárias:** 01  
**Valor Unitário da Diária:** R\$ 414,20  
**Valor Total das Diárias:** R\$ 414,20

**5. Locomoção (Informar somente se a viagem foi realizada com veículo oficial)**

**Veículo:** SPIN BAQ 8682  
**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, 11/05/2020.

  
\_\_\_\_\_  
**ALAN DIONES KLEMANN**  
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 \_\_\_\_/2020, de Empenho, Liquidação e Pagamento.

PÉROLA D'OESTE, 11/05/2020.

  
\_\_\_\_\_  
**KRISTOFFERSON ALBUQUERQUE**  
Secretário Municipal de Saúde