



**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**

592

**DADOS DO SOLICITANTE**

Nome: IVONETE MICHELS

Matrícula: 997

Órgão de Lotação: SAÚDE

Cargo ou função: Téc. em Enfermagem

**ACOMPANHANTES**

**DADOS DA VIAGEM**

Data da Viagem: 03/08/2020

Destino: FRANCISCO BELTRÃO - PR

Valor de diárias: R\$ 41,42

Transporte utilizado: VOYAGE AYQ 1276

Finalidade da viagem: 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, 02 de agosto de 2020.

Ivonete Michels

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:** IVONETE MICHELS

**Matrícula:** 997

**N.º do Empenho da Liberação de Diárias:** \_\_\_\_/2020

**2. Destino do Servidor Beneficiário**

**Destino:** FRANCISCO BELTRÃO - PR

**Data de Saída:** 03/08/2020 – 10:00

**Data de Chegada:** 03/08/2020 – 15:00

**3. Justificativa**

RETIRAR VACINAS NA 8ª REGIONAL DE SAÚDE E ORIENTAÇÕES COM A EQUIPE DA SALA DE VACINA REGIONAL

**4. Valores Solicitados**

**Número de Diárias:** 01

**Valor Unitário da Diária:** R\$ 41,40

**Valor Total das Diárias:** R\$ 41,40

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

**Veículo:** VOYAGE AYQ 1276

**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 de Agosto de 2020.

IVONETE MICHELS

TÉCNICA EM ENFERMAGEM

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, 11/08/2020.

KRISTOFFERSON ALBUQUERQUE  
Secretário Municipal de Saúde