



# MUNICÍPIO DE INDIANÓPOLIS

Praça Caramuru, 150 - Centro - CEP 87 235 000  
Fone 44 3674 1108 - 3674 1560 - CNPJ 75.798.355/0001-77  
INDIANÓPOLIS - ESTADO DO PARANÁ

## RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO DE VIAGEM

– Lei Municipal nº 542/2018 –

Nº do Empenho: 7255/2025

Diária Nº 054 Selecionar 2025

| NOME DO BENEFICIÁRIO(A) |                   | MATRÍCULA         |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| JOSE ANTONIO MACENTE    |                   | 820               |
| CARGO/FUNÇÃO            | DESTINO           | UF                |
| Motorista               | Curitiba          | Paraná            |
| DATA/HORA SAÍDA         |                   | DATA/HORA RETORNO |
| 30/09/2025 12:00        |                   | 01/10/2025 01:00  |
| MEIO DE TRANSPORTE      | VALOR DA PASSAGEM | HOSPEDAGEM        |
| Carro Oficial           | R\$ 0,00          | Não se aplica.    |

### Relatório de Viagem (preenchimento obrigatório)

O MOTORISTA JOSE ANTONIO MACENTE SAIU DAQUI AS 12:00 DO DIA 30/09/25 PARA LEVAR A PACIENTE D.B.A.O CNS: 708.3002.8232.5260, NO HOSPITA ANGELINA CARON CHEGANDO NO LOCAL NO HORARIO PREVISTO, SENDO UMA VIAGEM ONDE OCORREU TUDO BEM..

| VALOR RECEBIDO                          | QUANTIDADE DE DIÁRIA(S) | VALOR     | VALOR TOTAL DAS DIÁRIAS |
|-----------------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim | 02 Diárias              | R\$350,00 | R\$ 700,00              |

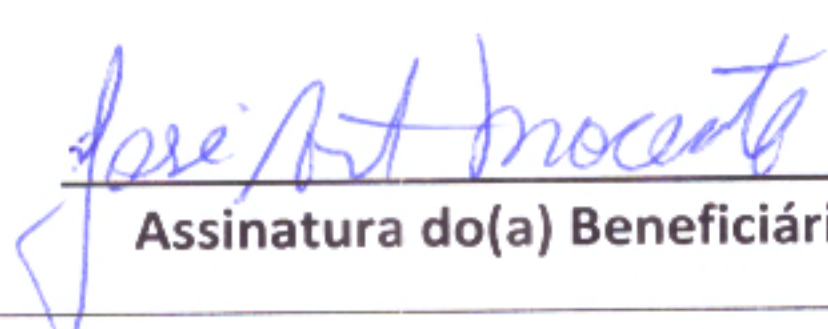
### Outras Informações

- ☒ Declaro que a viagem foi realizada conforme data descrita acima.
- ☒ Declaro que o valor total da diária foi depositado em minha conta.
- ☒ Declaro que não há saldo a restituir nem a receber

### ASSINATURAS

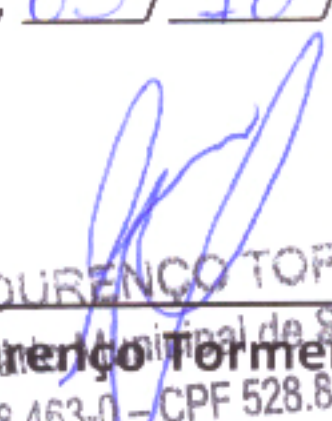
É o relatório.

Indianópolis, 03/10/25

  
Assinatura do(a) Beneficiário

Nos termos do Artigo 4º da Lei Municipal nº 542/2018  
**APROVO** o presente Relatório de Viagem/Prestação de Contas.

Indianópolis, 03/10/25

  
JOSÉ LOURENÇO TORMENA  
Secretário Municipal de Saúde  
R.G. 4.028.463-0 - CPF 528.836.049-91  
Portaria 004/2025