



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 DE VIAGEM / PRESTAÇÃO DE CONTAS - DIÁRIAS

Em conformidade com a Lei Municipal nº 542/2018:

Art. 4º - É obrigatória a apresentação, para o Departamento de Contabilidade, no prazo máximo de 30 (trinta) dias da concessão da diária, do Relatório de Viagens, contendo as seguintes informações: data, horário de início e término das viagens, destino e motivo das mesmas, número do empenho e o valor correspondente às diárias devidas, a fim de que se possa verificar a regular aplicação.

INFORMAÇÕES GERAIS

Número do Empenho: 8015/2023

| NOME DO BENEFICIÁRIO(A) | | MATRÍCULA | |
|-------------------------------------|---------------|-----------------------|-----------------|
| ADEMIR RIBEIRO DE MELLO | | 837 | |
| CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA | | DESTINO | UF |
| Servidor(a) | | Curitiba | Paraná |
| DATA SAÍDA | HORÁRIO SAÍDA | DATA RETORNO | HORÁRIO RETORNO |
| 23 de outubro de 2023 | 23:00 | 25 de outubro de 2023 | 05:00 |
| MEIO DE TRANSPORTE VEÍCULO BBT 6451 | | VALOR DA PASSAGEM | HOSPEDAGEM |
| Carro Oficial | | R\$ 0,00 | Não se aplica. |

Relatório de Viagem (preenchimento obrigatório)

Levar a paciente M. B. L. (conforme código de ética) CNSnº 700.0065.2219.4508 para realização de perícia médica.

| VALOR RECEBIDO | QUANTIDADE DE DIÁRIA(S) | VALOR / DISTÂNCIA / TIPO | VALOR TOTAL DAS DIÁRIAS |
|---|-------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim | 02 Diárias | CLIQUE AQUI E INFORME O VALOR | R\$ 700,00 |

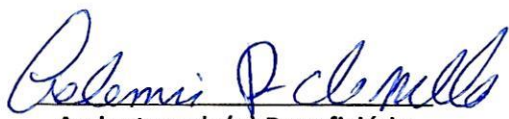
Outras Informações

- 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, 26/10/23


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, 26/10/23


Assinatura do Secretário(a) Municipal
Município de Indianópolis - Paraná
Secretaria Municipal de Saúde
Port. Nº 001/2021 - RG 6.463.101