PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO IGUAÇU

Estado do Paraná

Rua Niterói – s/n – Fone/Fax: (45) 255-1105 – 85929-000 – São Pedro do Iguaçu – Paraná
CNPJ: 95.583.597/0001-50 – e-mail: prefspedro@uol.com.br

RELATÓRIO DE VIAGEM Nº 018/2023

A- DADOS DO SERVIDOR / DIÁRIA		
Nome **CIDINHA LOPES DA SILVA**		Matrícula **12102/1**
Número Requisição	Nº Diária(s) **1/2**	Valor Diária(s) (R$) **R$ 334,56**
B- INFORMAÇÕES DA VIAGEM		
A viagem foi realizada? Sim ☒ Não ☐		
Destino (Cidade / Estado) **LOANDA/PR**	Período **20/04/2023 a 20/04/2023**	
Hora de Saída **06:30**	Hora de Retorno **19:15**	

C- OBJETIVO DA VIAGEM / RESUMO DAS ATIVIDADES REALIZADAS

LEVAR PACIENTE JOSÉ CARLOS DOS SANTOS E ACOMPAQNHANTE JOSÉ ROBERTO DOS SANTOS E TÉCNICA DE ENFERMAGEM CIDINHA LOPES DA SILVA, DE REGULAÇÃO VIA CENTRAL DE LEITOS PELA UPA TOLEDO PARA HOSPITAL PSIQUIATRICO LOANDA - PR

D- ANEXOS

1- **DIÁRIO DE BORDO**

2- **RELAÇÃO DE PASSAGEIRO**

3-

4-

E- ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Atesto a veracidade das informações acima prestadas, sujeitando-me às sanções criminais, cíveis e administrativas.

25/04/23 — Cidinha Lopes da Silva.

Data — Assinatura

F- HOMOLOGAÇÃO SECRETÁRIO MUNICIPAL

Homologo o relatório de viagem.

25/04/2023 — [illegible]

Data — Assinatura

G- PARA USO DA SECRETARIA DE FINANÇAS

Necessária restituição de valores? Sim ☐ Não ☐	
Valor Restituição (R$)	Banco / Conta Corrente / Agência
Responsável --------/ --------/ -------- ---------- Data Assinatura	Ciência Beneficiário --------/ --------/ -------- ---------- Data Assinatura

COORDENADORIA DO SISTEMA DE CONTROLE INTERNO UNIFICADO DOS PODERES LEGISLATIVO E EXECUTIVO
DO MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DO IGUAÇU

Rua Niterói – 121 – Fone/Fax: (45) 3255-1105 – 85929-000 – São Pedro do Iguaçu – Paraná

CARRO – 90

ANEXO I

CONTROLE DE SAÍDA E CHEGADA, QUILOMETRAGEM E COMBUSTÍVEL DA FROTA MUNICIPAL

LOTADO NO DEPARTAMENTO:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PEDRO DO IGUAÇU	Nº DO PATRIMÔNIO:	10025
	2023	PLACA:	BET-6B90
NOME:	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PEDRO DO IGUAÇU	CHASSI:	9BD19710NM3394809
CPF/CNPJ: 09.258.961/0001-75	COMBUSTÍVEL: ALCO/GAS	CÓD/RENAVAM: 01249562217	MARCA/MODELO: FIAT/SIENA 1.0
ESPÉCIE TIPO: PAS/AUTOMÓVEL	ANO FAB.: 2020	ANO MOD.: 2021	

SAÍDA					CHEGADA			SE ABASTECER			DEPARTAMENTO	
Data/ Mês	Hora	Km Inicial	Local de saída	Destino	Data/ Mês	Hora	Km Final	Litros/tipo Combust.	Nº da Requisição	Km no hodômetro	Assinatura Responsável	Ass.Motorista/Condu
01/04	14:02	105378	UBS	CIDADE	01/04	15:21	105395	18.78	18835	105394		Geniraldo
02/04	18:42	105395	UBS	TOO	02/04	19:34	105457					Baran
03/04	06:00	105457	UBS	TOLEDO	03/04	19:40	105514					Geniraldo
11/04	08:30	105514	UBS	SFUDAS	11/04	09:00	105532					Celerino
11/04	12:15	105532	UBS	TOLEDO	11/04	16:00	105606					Celerino
12/04	04:50	105606	UBS	CASCAVEL	12/04	13:22	105756	30.00	18836	105755		Luiz
12/04	13:40	105756	UBS	TOLEDO	12/04	19:35	105859					Luiz
13/04	3:45	105859	UBS	INTERIOR	13/04	05:35	105922					BACCIN
13/04	7:30	105922	UBS	TOLEDO	13/04	10:47	105997					Tiago
13/04	13:30	105997	UBS	TOL-CSCL	13/04	16:27	106142	34.44	18837	106142		Tiago
14/04	13:40	106142	UBS	TOLEDO	14/04	19:43	106244					Luiz
15/04	07:00	106244	UBS	ASSIS	15/04	11:44	106402					Geniraldo
15/04	14:36	106402	UBS	3ºVR-TOLEDO	15/04	18:03	106593	34.55	18838	106593		Geniraldo
16/04	13:00	106593	UBS	TOO 20ºRS	16/04	18:15	106672	07.01	106672	106039		[illegible]
18/04	07:00	106672	UBS	CURITIBA	23/04	22:00	107847	28-64		107202		FERNANDES
								23.37		107417		
20/04	06:30	107847	UBS	LONDA	20/04	19:15	108453	35.34	18840	107848		Luiz
XXX	XXXX	XXXX	XXX XXX	XXXXXXX	XXXX	XXXX	XXXX	39.10	18841	108450		Luiz
21/04	[illegible]	UBS										

Prefeitura Municipal de
São Pedro do Iguaçu

Secretaria Municipal de Saúde
Rua: Fortaleza - Centro- CEP: 85929000 - CNPJ: 95.583.597/0001-50

Relação de passageiros para viagens em veículos oficiais da Secretária Municipal de Saúde.

MOTORISTA: ENIO DE SOUZA MACHADO **RG:**
CIDADE DE ORIGEM: SÃO PEDRO DO IGUAÇU - PR
DESTINO: LOANDA - PR
SAÍDA: 20/04/2023 **RETORNO:**
VEÍCULO: SIENA **PLACA:** BET 6B90

NOMES
1. PACIENTE: JOSE CARLOS DOS SANTOS
ACOMPANHANTE: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
2. PACIENTE:
ACOMPANHANTE: CIDINHA LOPES DA SILVA (TÉCNICA DE ENFERMAGEM)
3.PACIENTE:
ACOMPANHANTE:

LOCAL DE ORIGEM: SÃO PEDRO DO IGUAÇU - PR
DESTINO: LOANDA - PARANÁ
MOTIVO DA VIAGEM: REGULAÇÃO VIA CENTRAL DE LEITOS VIA TOLEDO PARA HOSPITAL PEDIÁTRICO LOANDA

CAIXA

DATA	HISTÓRICO	ENTRADA	SAÍDA	SALDO
/ /	ADIANTAMENTO	= 0 =	----------	(+
/ /	Nº NF: ( ) G ( ) D	---------- ----------		(-
/ /	OUTRAS DESPESAS	---------- ----------		(-
TOTAL		----------	----------	=

( ) ACERTADO DIA: ( ) SALDO DEVEDOR=

SÃO PEDRO DO IGUAÇU 20/04/2023.

ASSINATURA MOTORISTA

ASSINATURA SECRETÁRIO DE SAÚDE