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 012/2023

A- DADOS DO SERVIDOR / DIÁRIA		
Nome **GENIVALDO DE OLIVEIRA SANTOS**		Matrícula **11940/1**
Número Requisição	Nº Diária(s) **1 1/2**	Valor Diária(s) (R$) **R$ 353,,50**
B- INFORMAÇÕES DA VIAGEM		
A viagem foi realizada? Sim ☒ Não ☐		
Destino (Cidade / Estado) **PIRAQUARA CURITIBA/PR**	Período **27/03/2023 a 28/03/2023**	
Hora de Saída **04:15**	Hora de Retorno **16:53**	
C- OBJETIVO DA VIAGEM / RESUMO DAS ATIVIDADES REALIZADAS		
LEVAR PACIENTE ADONILTON SILVA DA CRUZ E ACOMPANHANTES ALLYSON GABRIEL ANTUNES DA CRUZ , ADONETE SILVA DA CRUZ E TÉCNICA DE ENFERMAGEN SONIA MARIA BERVIAN SEGER, PARA INTERNAMENTO , REGULADO PELA CENTRAL DE LEITOS, PARA HOSPITAL PSIQUIATRA SAN JULIAN EM PIRAQUARA CURITIBA - PR.		
D- ANEXOS		
1- DIÁRIO DE BORDO.		
2- RELAÇÃO DE PASSAGEIROS		
3-		
4-		
E- ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO		
Atesto a veracidade das informações acima prestadas, sujeitando-me às sanções criminais, cíveis e administrativas. 30/03/23 ---------- Data / Assinatura		
F- HOMOLOGAÇÃO SECRETÁRIO MUNICIPAL		
Homologo o relatório de viagem. 31/03/2023 ---------- Data / Assinatura Hermilo Gambin Secretário Municipal de Saúde Portaria Nº 002/2021 RG 3219135-5 - SSP/PR		
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	

MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DO IGUAÇU

Estado do Paraná

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

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

LOTADO NO DEPARTAMENTO:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE			Nº DO PATRIMÔNIO:	8773		
NOME:	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PEDRO DO IGUAÇU				PLACA:	ACS-3E18	
CPF/CNPJ:	09.258.961/0001-75	COMBUSTÍVEL:	DIESEL	CÓD/RENAVAM:	,01188110613	CHASSI:	93YMAFEXCKJ753741
ESPÉCIE TIPO:	CAM. AMBULÂNCIA	ANO FAB.:	2018	ANO MOD.:	2019	MARCA/MODELO:	RENAULT/MASTER TCA AMB

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/Condutor
9-03	14:20	152442	UBS	TOLEDO	9-03	15:15	152504	54,50	18753	152445		BACCIN
13-03	16:00	152504	UBS	CASCAVEL	13-03	19:05	152642					BACCIN
20-03	10:40	152642	UBS	SÃO JOÃO	20/03	14:00	152680	30	18754	152680		ERNANDES
21/03	05:45	151.680	UBS	TOLEDO	21/03	07:30	152.748					CECÍLIO
21/03	10:00	152.748	UBS	TOLEDO	21/03	13:30	152.830					CECÍLIO
23/03	14:00	152830	UBS	TOLEDO	23/03	16:00	152889					CECÍLIO
22.03	10:00	152809	UBS	TOLEDO	22.03	12:20	152950					LIRA
22/03	13:40	152950	UBS	TOLEDO	22/03	15:30	153018	47,25	18755	153018		MARCIA
22/03	17:22	153018	UBS	TOLEDO	22/03	19:14	153081					MARCIA
23-03	07:50	153081	UBS	TOLEDO	23-03	10:20	153142					BACCIN
23.03	13:00	153142	UBS	TOLEDO	23.03	14:35	153210					BACCIN
24-03	13:45	153210	UBS	TOLEDO	24.03	16:10	153277					ERNANDES
24-03	17:00	153277	UBS	TOLEDO	24.03	19:00	153343		~~18756~~	~~153280~~		ERNANDES
24/03	19:10	153343	UBS	CASCAVEL	24/03	22:20	153485					ERNANDES
25.03	14:50	153482	UBS	TOLEDO	25.03	15:50	153546	65,57	18757	153546		LIRA
27/03	04:15	153546	UBS	CURITIBA	27/03	15:50	154047	59,91	18758	154047		ERNANDES
27/03	16:50	154047	UBS	CURITIBA	27/03	19:00	154115	40,22	18759	154115		ERNANDES
28/03	07:00	154115	UBS	PINHAIS	28/03	16:53	154914	49,45	18760	154913		Genivaldo

NÃO TEM OLEO NO POSTO

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: GENIVALDO OLIVEIRA SANTOS **RG:** _____

CIDADE DE ORIGEM: SÃO PEDRO DO IGUAÇU PR.

DESTINO: CURITIBA - PINHAQUARA - PR

SAÍDA: 27/03/2023 **RETORNO:** _____

VEÍCULO: AMBULÂNCIA **PLACA:** ACS 3E18

NOMES	
1. PACIENTE:	ADONILTO SILVA DA CRUZ
ACOMPANHANTE:	ALLYSON GABRIEL ANTUNES DA CRUZ (FILHO)
2. PACIENTE:	=o=
ACOMPANHANTE:	ADONETE SILVA DA CRUZ (IRMÃ)
3.PACIENTE:	=o=
ACOMPANHANTE:	SONIA MARIA BERVIAN SEGER (TÉCNICA DE ENFERMAGEM)

LOCAL DE ORIGEM: SÃO PEDRO DO IGUAÇU - PR

DESTINO: PINHAQUARA - PR AV. GETULIO VARGAS 1900 VILA

MOTIVO DA VIAGEM: PARA INTERNAMENTO. RECLUSO PELA CENTRAL DE FLORIANÓPOLIS PARA O HOSPITAL SANTA JULIANA - PSIQUIÁTRICO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS E SAÚDE MENTAL.

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

( ) ACERTADO DIA: ( ) SALDO DEVEDOR=

SÃO PEDRO DO IGUAÇU 27 / 03 / 2023.

ASSINATURA MOTORISTA

ASSINATURA SECRETÁRIO DE SAÚDE

467.317.338-20

3.219.135-5

HERMILO GAMBIN

Enf. 46-98431-3853