Estado de Santa Catarina
Municipio de Nova Erechim
Fone: 49 3333 3100 - E-mail: prefeitura@novaerechim.sc.gov.br

RELATÓRIO DE VIAGEM

Nº 001/2017

I	IDENTIFICADOR DO SERVIDOR (A)
Nome:	**Nédio Antônio Cassol**
Matrícula:	**5424/01**
Cargo ou Função	**Prefeito Municipal**
Dados para depósito	

II	DESLOCAMENTO			
Saída:	Data:	**24.01.2017**	Hora:	**13:00 Hs**
Chegada:	Data:	**29.01.2017**	Hora:	**18:00 Hs**
Destino:	**Florianópolis - SC**			
Transporte:	**Fluence MJC 7075**			

III	DESCRIÇÃO DO OBJETIVO DA VIAGEM
	Reuniões COHAB e Secretaria de Assistência Social Reuniões no BADESC, Secretaria da Agricultura Audiência com Vice-Governador Visitas ao Gabinete Cobalchini, Dep. Ismael dos Santos (PSD), Dep. Kennedy Nunes (PSD) e Reunião FECAM

IV	FUNDAMENTO LEGAL
	Lei Municipal 1.793/2015

V	CÁLCULO DA DIÁRIA
Numero de Diárias:	**5(cinco)**
Valor da Diária:	**R$ 578,82**
Valor Devido:	**R$ 2894,10**
	Dois mil, oitocentos e noventa e quatro reais, com dez centavos

Nova Erechim – SC, 24 de janeiro de 2017.

_____
Nédio Antônio Cassol

VI	DESPACHO DA AUTORIDADE CONCEDENTE
Nome:	**Nédio Antônio Cassol**
Cargo:	**Prefeito Municipal**
	Autorizo o pagamento da (s) diária (s) acima especificada, aguardando a comprovação da efetiva realização da viagem.

_____
Nédio Antônio Cassol
Prefeito Municipal

ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVA ERECHIM

Nova Erechim (SC), 10 de janeiro de 2017.

Guia de Requisição/SAU Nº 01/2017

AO
Ilmo. Sr.
NÉDIO ANTÔNIO CASSOL
PREFEITO MUNICIPAL DE NOVA ERECHIM
Nova Erechim – SC

Senhor Prefeito,

Venho pelo presente, solicitar adiantamento no valor de R$ 500,00 (Quinhentos reais), destinado a pagamento de despesas de alimentação e outras despesas de pronto pagamento aos servidores em viagem a serviço da municipalidade.

Fundamentação Legal:

a)	Dispositivo Legal:	Lei Municipal n.º 1.058/2001
b)	Identificação da Despesa:	339039 – Serviço de Terc. Pessoa Jurídica
c)	Nome / Cargo:	680/01 Iara Cristina Perin – Diretora do Depto. de Saúde
d)	Dotação Orçamentária:	2021 – Func e Manut do Fundo Mun Saúde
e)	Prazo de Aplicação:	30 (trinta) dias

_____
Iara Cristina Perin

Autorizo a concessão do adiantamento acima especificado,

_____
Prefeito Municipal
Em 10.01.2017