



Associação Regional de Saúde do Sudoeste

Fone/Fax: (46) 3524-5335 - Bairro Alvorada
E-Mail: cre.arss@wln.com.br
85601-390 - Rua Niterói, 468 - Francisco Beltrão - PR

NÚMERO: 068/2018

1

RESOLUÇÃO Nº 027/2018

DATA: 13/04/2018

INDENIZAÇÃO DAS DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO E POUSADA

2

DIÁRIAS OU RESSARCIMENTO

IDENTIFICAÇÃO

3 **ÓRGÃO:** ASSOCIAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO SUDOESTE - ARSS
NOME DO SERVIDOR: CRISTIAN WILLIAN A. SANTOS - RG.: 9.414.483-3 SSP/PR
CPF: 072.772.349-95 **CARGO:** MOTORISTA **REGIME JURÍDICO:** CLT
MUNICÍPIO DE ORIGEM: MARMELEIRO/PR

PERÍODO MOTIVO DA VIAGEM

4 **DATA DE SAÍDA:** 23/11/2018 **HORA:** 17:05 **DATA DE RETORNO:** 25/11/2018 **HORA:** 19:10
MOTIVO DA VIAGEM: Participar de Curso de transporte Coletivo de Passageiros - Completo, realizado pelo Sintrodov nos dias 30 de novembro e 01, 02 de dezembro/2018 na cidade de Dois Vizinhos-Pr.
ALOJAMENTO GRATUITO: SIM: NÃO:

MEIO DE TRANSPORTE

5 VEÍCULO **PLACA:** BCF-7971
 PASSAGEM: **AÉREA** **ÔNIBUS CONVENCIONAL** **ÔNIBUS LEITO**
 OUTROS (ESPECIFICAR) :

CONCESSÃO DIÁRIA OU RESSARCIMENTO

MUNICÍPIOS A SEREM VISITADOS	DIA/MÊS	DIÁRIAS OU RESSARCIMENTO		
		Nº	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
DOIS VIZINHOS - PR	30/11		50,00	50,00
	01/12		70,00	70,00
	02/12		70,00	70,00
TOTAL GERAL				190,00

POR EXTENSO R\$ (Cento e Noventa Reais)

CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO

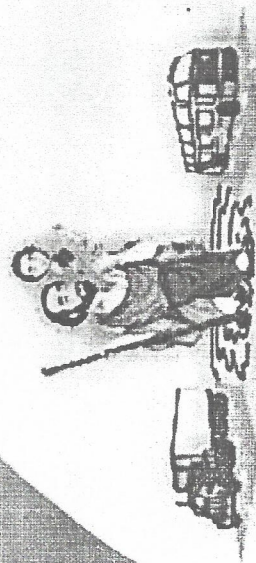
CHEFE DA UNIDADE ADMINISTRATIVA ATESTO A NECESSIDADE DA VIAGEM ACIMA ESPECIFICADA EM: 29/11/2018 NOME: HEVANDRO I. MULLER RG: 8.671.340-3 CARGO: Chefe Recursos Humanos ASSINATURA:	AUTORIDADE CONCEDENTE AUTORIZO, CUMPRIDAS AS FORMALIDADES LEGAIS EM: 29/11/2018 NOME: EDUARDO C. BRORING RG: 1.897.546-7 CARGO: Coordenador Geral ARSS ASSINATURA:	SERVIDOR Recebi o Valor de R\$ 190,00 NOME: CRISTIAN W. ANTUNES SANTOS CARGO: Matrícula: 180-1 ASSINATURA:
---	--	--

PRESTAÇÃO DE CONTAS

8 **VALOR ADIANTADO:** R\$ _____ **VALOR REAL GASTO:** R\$ _____
SALDO (RESTITUIR / RECEBER): R\$ _____
DECLARO SEREM VERDADEIRAS ESTAS INFORMAÇÕES. EM: _____
SERVIDOR BENEFICIÁRIO **RESPONSÁVEL PELO ADIANTAMENTO**

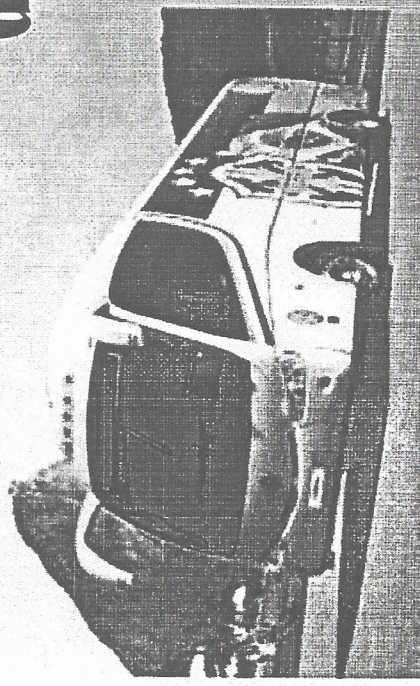
CONFIRMAR

9 CONFERI E ENCONTREI DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE OS DOCUMENTOS E O PREENCHIMENTO DESTA PRESTAÇÃO DE CONTAS.
EM: ____/____/____
NOME: _____ **ASSINATURA:** _____



Curso Transporte Coletivo de Passageiros - Completo

SINTRODOV



**23, 24, 25
30 de Novembro
e 01 e 02 de Dezembro
2018**

**Local do Curso: Sintrodov
Av. México, 1085**

Dois Vizinhos- PR

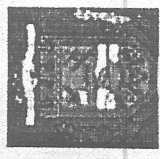
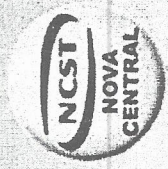
Inscrições Fone: 3536-1899 ou 3536-1497

www:sintrodov.org.br

facebook

Data/Horário:

23/11/2018 às 18:00 às 23:00 hs
24/11/2018 às 07:45 às 18:00 hs
25/11/2018 às 07:45 às 18:00 hs
30/11/2018 às 18:00 às 23:00 hs
01/12/2018 às 07:45 às 18:00 hs
02/12/2018 às 07:45 às 18:00 hs



**CAPACITAÇÃO PARA CONDUTORES
DE VEÍCULOS DE TRANSPORTE**

COLETIVO

INSTITUTO

SÃO CRISTÓVÃO

Rua Prof. Dr. Pedro Ribeiro M da Costa, 694 - Vila Izabel
Fone: (41) 3015-3300 / www.institutosc.org.br