



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2018 / EDIÇÃO Nº 241**

**Ivaiporã, Quinta-Feira, 07 de Junho de 2018**

### GABINETE DO PREFEITO RATIFICAÇÃO

**PROCEDIMENTO DE LICITAÇÃO Nº 65/2018**

**Inexigibilidade Nº 49/2018**

**OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM CALIBRAÇÃO E MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE AUDIOLÓGIA.**

**Tendo em vista que a documentação referente à Inexigibilidade nº 49/2018 atende a todos os requisitos do artigo 25, inciso I, da Lei 8.666/93;**

Considerando o parecer jurídico, o qual foi favorável a homologação da presente Inexigibilidade;

**Com efeito, RATIFICO todas as formalidades legais e autorizo a Inexigibilidade nº 49/2018, para a contratação dos serviços supramencionado, com a empresa ACUSTICA ORLANDI INDUSTRIA, COMERCIO E SERVICOS AUDIOLOGICOS, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 02.956.189/0001-16, no valor de R\$ 1.350,00 (um mil, trezentos e cinquenta reais).**

**PUBLIQUE-SE**

Ivaiporã-PR, 06 de junho de 2018.

**CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS  
PRESIDENTE**



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2018 / EDIÇÃO Nº 241

Ivaiporã, Quinta-Feira, 07 de Junho de 2018

### REQUERIMENTO CONCESSÃO DE DIÁRIA N. 018/2018

Nome do Servidor(a): <i>Karina Gabriel Gheller.</i>		Matrícula do servidor:	
Cargo/Função: <i>Enfermeira</i>		Setor:	
Nº Banco: <i>Banco do Brasil</i>		Nível escolaridade:	
Nº Agência: <i>2269-1</i>		Nº conta p/ depósito: <i>15.145-9</i>	
CPF.: <i>050.189.039-45</i>		RG.: <i>8.840.537-4</i>	
Endereço: <i>R. n.º Maurício B. Gheller, 50.</i>		Nº diárias:	
Fone: <i>(43) 99981-9898</i> cel.: e-mail:		Valor Unitário R\$	
		01	
		40,00	
		40,00.	
		TOTAL GERAL	
Origem da viagem: <i>Ivaiporã</i>		UF: <i>Pr</i>	
Destino da viagem: <i>São João do Ivaiporã</i>		UF: <i>Pr</i>	
Data da saída: <i>07.06.2018</i>		Data do retorno: <i>07.06.2018</i>	
Hora da saída: <i>08:00</i>		Hora do retorno: <i>17:00</i>	
Tipo de Transporte: Aérea <input type="checkbox"/> Terrestre <input checked="" type="checkbox"/>		Veículo/Órgão informar modelo e placa:	
Descrição objetivo da viagem: <i>Capacitação Rede Saúde do Idoso.</i>			
Nº do Ato:	Data do Ato:	Nº da lei de concessão de diária:	Nº do bilhete de passagem:
TERMO DE COMPROMISSO			
Comprometo-me a apresentar Relatório de Viagem/Prestação de Contas acompanhado de comprovantes de passagens, comprovantes de participação em cursos e demais documentos que comprovem a realização da viagem, devidamente atestados, no prazo de (03) dias a contar da data de retorno da viagem ao município de origem, sob pena de sofrer as sanções cabíveis.			
			<i>Karina</i> Assinatura do Servidor/Carimbo

Ivaiporã/Pr, 06 de 06 de 2018.

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

DEFERIDO: Sim ( ) Não ( )

*Nilda Batista da Silva*  
Nilda Batista da Silva  
Diretora Coordenadora