



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 438/2018.**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

NOME: NORACI DA SILVA VELANI  
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE  
CPF: 573.833.329-20  
LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:  
Transporte de pacientes às cidades de Londrina, Campinas e Cornélio Procópio.  
VALOR DA DIÁRIA – R\$ 810,00(Oitocentos e dez reais)

\_\_\_\_\_  
Noraci da Silva Velani

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº \_\_\_\_\_;  
Em, 19/10/2018.

\_\_\_\_\_  
Marcelo Corinth

**SUPERVISOR**

Superior hierárquico do Departamento ou Secretaria em que o proponente encontra-se lotado, responsável por controlar e fiscalizar as saídas dos agentes públicos a serviço do município.

\_\_\_\_\_  
Vanderlene Silveira de Rezende  
Ordenadora de Despesas

**CONCESSÃO**

Concedo diárias solicitadas, conforme relatório do supervisor em anexo. Requisite-se e pague(m)-se;

\_\_\_\_\_  
Wagner Luiz de Oliveira Martins  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO / RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$ 810,00 referente à concessão de diária(s), no período de 19/09/2018 a 15/10/2018, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 003860, da agência nº.3882.

\_\_\_\_\_  
Vanderlene Silveira de Rezende  
Ordenadora de Despesa

**PUBLICAÇÃO**

O presente documento está de acordo com as normas regulamentares pertinentes, ficará à disposição de quem possa interessar (em arquivo próprio do município) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal.

\_\_\_\_\_  
Júlio César Pinheiro



**PREFEITURA DE**  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**  
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

Numero diária: **438/2018.**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR  
DIÁRIAS DE MOTORISTAS

MOTORISTA *Neves de J. Silveira*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assine
19-09-18	19-09-18	03:30	40,00	180764	181024	PZM9642	Trampo para Bond H. Souza	
20-09-18	20-09-18	06:45	40,00	2167	2447	PEI 2232	Trampo para Bond H. Souza	
21-09-18	21-09-18	06:30	40,00	188040	181380	PZM9642	Trampo para Bond H. Souza	
24-09-18	24-09-18	14:00	80,00	22676	227027	PAC 7894	Trampo para Bond H. Souza	
27-09-18	27-09-18	07:30	40,00	23830	24777	PBV 7893	Trampo para Bond H. Souza	
05-10-18	05-10-18	14:30	40,00	3.099	3.412	PEI 2218	Trampo para Bond H. Souza	
08-10-18	08-10-18	14:00	80,00	228794	229167	PAC 7894	Trampo para Bond H. Souza	
08-10-18	08-10-18	07:30	40,00	183305	183462	PZM9642	Trampo para Bond H. Souza	
09-10-18	09-10-18	14:10	40,00	25527	25829	PBV 7893	Trampo para Bond H. Souza	
10-10-18	10-10-18	08:50	40,00	25899	26162	PBV 7893	Trampo para Bond H. Souza	
14-10-18	14-10-18	13:30	80,00	282600	282872	PVQ 9650	Trampo para Bond H. Souza	
15-10-18	15-10-18	08:30	40,00	3756	6038	PEI 2232	Trampo para Bond H. Souza	

**810,00**



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Unidade Administrativa: Poder Executivo – (colocar Secretaria ou departamento)  
Nome do Servidor Beneficiário:  
CPF:  
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Destino:  
Data de Saída: Hora da Saída:  
Data de Chegada: Hora da Chegada:

3. JUSTIFICATIVA

- 1º = Transporte de pac. 19-09-18 p/ Londrina H. Cancer.  
2º = Grupo de pac. 20-09-18 p/ Londrina H. Cancer.  
3º = Grupo de pacientes 21-09-18 p/ Londrina H. Olho.  
4º = Grupo de pac. 24-09-18 p/ Londrina p/ Hospitais e Clínicas.  
5º = Grupo de pac. 27-09-18 p/ Campos SP. Unicamp.  
6º = Grupo de pac. 02-10-18 p/ Londrina H. Cancer.  
7º = Grupo de pac. 02-10-18 p/ Londrina e Campos p/ Clínica e Hosp.  
8º = Grupo de pac. 02-10-18 p/ C. Drocopia R. Casa.  
9º = Grupo de pac. 02-10-18 p/ C. Drocopia e Londrina Cirurg e Clínica.  
10 = Grupo de pac. 10-10-18 p/ Londrina H. Cancer.  
11 = Grupo de pac. 11-10-18 p/ Londrina Clínica e Hospital.  
12 = Grupo de pac. 15-10-18 p/ C. Drocopia e Londrina Infectologista.





**4. VALOR SOLICITADO:**

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias:

Valor total das Diárias:

Valor a Restituir:

**5. LOCOMOÇÃO**

Veículo:

Frota:

Placa:


Particular:

**6. Canhotos comprovantes das viagens de Ônibus ou Avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor;**

(colar em folhas anexadas este relatório);

**7. Certificado ou documento que comprove a participação em evento publica ou o serviço prestado, se for o caso;**

(colar em folhas anexadas este relatório);

  
Assinatura do Servidor Beneficiário

RIBEIRÃO DO PINHAL