



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.513/2018.**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** VALDECIR DE JESUS

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 556.662.809-53

**LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:**

Transporte de pacientes à cidade de Cornélio Procópio.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 240,00 (Duzentos e quarenta reais)

\_\_\_\_\_  
Valdecir de Jesus

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº \_\_\_\_\_;

Em, 21/12/2018.

\_\_\_\_\_  
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\$ 240,00 referente à concessão de diária(s), no período de 12/12/2018, à 20/12/2018 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 12.727-1, 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.

\_\_\_\_\_  
Vicktória Cardoso Troiano



Numero diária: 513/2018

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

MOTORISTA *Naldes de Jesus*

| Data/Hora Saída | Data/Hora Chegada | Total hora | Valor diária      | Saída Km        | Chegada Km      | Placa       | Destino / Justificativa | Assinatura |
|-----------------|-------------------|------------|-------------------|-----------------|-----------------|-------------|-------------------------|------------|
| 12.12.2018 8.30 | 12.12.2018 16.00  | 10.30      | 40.00             | Car. defeto com | Car. defeto com | N.B.H 36.94 | Cornelio Psiquiatria    | Naldes     |
| 13.12.2018 8.30 | 13.12.2018 17.30  | 12.30      | 40.00             | defeto com      | defeto com      | N.B.H 36.94 | Cornelio Psiquiatria    | Naldes     |
| 17.12.2018 5.30 | 17.12.2018 16.00  | 10.30      | 40.00             | defeto com      | defeto com      | N.B.H 36.94 | Cornelio Psiquiatria    | Naldes     |
| 18.12.2018 8.30 | 18.12.2018 15.30  | 10.00      | 40.00             | defeto com      | defeto com      | N.B.H 36.94 | Cornelio Psiquiatria    | Naldes     |
| 19.12.2018 8.30 | 19.12.2018 16.00  | 10.30      | 40.00             | defeto com      | defeto com      | N.B.H 36.94 | Cornelio Psiquiatria    | Naldes     |
| 20.12.2018 8.30 | 20.12.2018 15.30  | 10.00      | 40.00             | defeto com      | defeto com      | N.B.H 36.94 | Cornelio Psiquiatria    | Naldes     |
|                 |                   |            | <u>R\$ 240.00</u> |                 |                 |             |                         |            |



**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: *Naldicir de Jesus*

CPF:

N.º de 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**

*12-12-2018 Carmelão*  
*13-12-2018 - Carmelão*  
*17-12-2018 - Carmelão*  
*18-12-2018 - Carmelão*  
*19-12-2018 - Carmelão*  
*20-12-2018 - Carmelão*





**4. VALOR SOLICITADO:**

|                             |                    |
|-----------------------------|--------------------|
| Números de Diárias:         |                    |
| Valor Unitário das Diárias: | Valor a Restituir: |
| Valor total das Diárias:    |                    |

**5. LOCOMOÇÃO**

|          |             |
|----------|-------------|
| Veículo: | Placa:      |
| Frota:   | 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);

*Valdecir de Jesus*

Assinatura do Servidor Beneficiário