



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 514/2018.
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, Rolândia, Araongas, Astorga e Cornélio Procopio.
VALOR DA DIÁRIA – R\$ 600,00(Seiscentos reais)

Noraci da Silva Velani

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\$ 600,00 referente à concessão de diária(s), no período de 30/11/2018 a 19/12/2018, 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.

Vicktória Cardoso Troiano



Numero diária: 514/2018

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

MOTORISTA *Renaci da S. Albani*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
30-11-18	30-11-18							
08:00	15:30	07:30	40,00	196,558	197,250	AZL 8575	Viagem para o Soud Hosp. Canceres.	<i>[Signature]</i>
03-12-18	03-12-18							
04:00	12:00	08:00	40,00	6,000	6,139	BCL 9476	Viagem para o C. Praxina Hamard.	<i>[Signature]</i>
04-12-18	04-12-18							
04:30	17:30	13:00	80,00	6,140	6,458	BCL 9476	Viagem para o Soud Hosp. Clinica e Hosp. Ateop	<i>[Signature]</i>
05-12-18	05-12-18							
09:00	19:30	10:30	40,00	197,927	198,274	AZL 8575	Viagem para Soud Hosp. Canceres e Hosp. Praxina	<i>[Signature]</i>
06-12-18	06-12-18							
04:30	18:00	14:30	80,00	6,868	7,146	BCL 9476	Viagem para Soud e Hosp. Clinica e Hosp. Ateop	<i>[Signature]</i>
07-12-18	07-12-18							
05:00	19:00	14:00	80,00	10,130	10,406	BCL 2219	Viagem para Soud Hosp. Canceres.	<i>[Signature]</i>
08-12-18	08-12-18							
04:30	21:00	17:00	80,00	7,427	7,777	BCL 9476	Viagem para Soud e Hosp. Clinica e Hosp. Ateop	<i>[Signature]</i>
07-12-18	07-12-18							
04:30	18:30	14:00	80,00	24,808	24,267	BAC 7824	Viagem para o Soud e Hosp. Clinica e Hosp. Ateop	<i>[Signature]</i>
09-12-18	09-12-18							
04:30	18:30	14:00	80,00	24,251	24,290	BAC 7824	Viagem para Soud, Hosp e Hosp. Clinica e Hosp. Ateop	<i>[Signature]</i>
04:30								
			R\$ 600,00					



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: 573.833.322-20
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

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

3. JUSTIFICATIVA

30-11-18 Transp para p Sond Hosp Cancer.
03-12-18 Transp para p C. Prognio Remedialise.
04-12-18 Transp para p Sondria Clinica e Hosp.
05-12-18 Transp para p Sond Hosp Cancer e Hosp. Crapongan.
06-12-18 Transp para p Sond e Crapongan Clinica e Hosp.
07-12-18 Transp para p1 Sond Hospital do Cancer.
11-12-18 Transp para p Sond, Crapongan p1 Clinica e Hosp.
17-12-18 Transp para p1 Sond e Holanda Clinica e Hosp.
18-12-18 Transp para p1 Sond, Crap e Cestoga Clinica e Hosp.



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);

Assinatura do Servidor Beneficiário