



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 031/2019.
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, Cornélio Procópio, Araçongas, Maringá,
Jacarezinho, Astorga e Apucarana.
VALOR DA DIÁRIA – R\$ 840,00(Oitocentos e quarenta reais)

Noraci da Silva Velani

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº _____;
Em, 08/02/2019.

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\$ 840,00 referente à concessão de diária(s), no período de 03/01/2019 a 01/02/2019, 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:

03/1/2019

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

MOTORISTA

Renata de S. Williams

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino / Justificativa	Assinatura
03-01-19	03-01-19							
06:30	16:45	10:15	80,00	24888	15183	BPI 2218	Trampo para o Soud Hosp. Cirurg e HP	
07-01-19	07-01-19							
04:30	17:30	13:00	80,00	15454	15734	BPI 2218	Trampo para Soud Hosp Cirurg e Clinica	
08-01-19	08-01-19							
03:40	12:30	08:50	40,00	402807	402949	ABE 1583	Trampo para o Hospital Homad.	
10-01-19	10-01-19							
04:30	19:00	14:30	80,00	245481	245892	BPE 7824	Trampo para Soud e Hosp Hosp e Hosp e Clinica	
16-01-19	16-01-19							
04:30	16:30	12:00	80,00	246669	246991	BPE 7824	Trampo para Soud e Hosp e Clinica	
21-01-19	21-01-19							
05:00	15:30	10:30	40,00	137867	137560	214842	Trampo para Soud Hosp de Cirurg	
28-01-19	28-01-19							
04:30	19:00	13:30	80,00	247963	248252	BPE 7824	Trampo para Soud, Clinica e Hosp.	
01-01-19	01-01-19							
07:00	21:50	14:50	80,00	15392	15807	AEI 9918	Trampo para o Hospital Cirurg e Hosp. H12	
24-01-19	24-01-19							
04:30	18:00	13:30	80,00	248450	248712	BPE 7824	Trampo para o Soud Clinica e Hosp.	
26-01-19	26-01-19							
05:00	19:40	14:40	40,00	305190	305331	HYO 9610	Trampo para o Hospital Cirurg H12 Cirurg	
30-01-19	30-01-19							
04:30	17:30	13:00	80,00	248659	250073	BPE 7824	Trampo para o Soud Hosp e Hosp Clinica e Hosp	
01-02-19	01-02-19							
04:30	17:30	13:00	80,00	250414	250798	BPE 7824	Trampo para o Soud e Hosp Cirurg Clinica e Hosp	

84900



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: 573.833.329-20
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Destino: *Diversos.*
Data de Saída: Hora da Saída:
Data de Chegada: Hora da Chegada:

3. JUSTIFICATIVA

03-02-19 *Viagem para o Sond Hosp Cancer HO.*
07-02-19 *Viagem para o Sond. Hosp e Clinicas.*
09-02-19 *Viagem para o C. Proprio Hemate*
10-02-19 *Viagem para o Sond e Hosp e Clinicas.*
16-02-19 *Viagem para o Sond e Hosp e Clinicas.*
21-02-19 *Viagem para o Sond Hosp do Cancer.*
22-02-19 *Viagem para o Clinica e Hosp.*
23-02-19 *Viagem para o C. Proprio Hosp e Manianga HU.*
24-02-19 *Viagem para o Sond Clinica e Hosp.*
26-02-19 *Viagem para o Jocaquinho HO Cirurgica.*
30-02-19 *Viagem para o Sond, Hosp e Hosp Clinica e Hosp.*
02-02-19 *Viagem para o Sond e Epucantana Clinica e Hosp.*



4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias:

Valor a Restituir:

Valor total das Diárias:

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: *Diversas*

Placa: *Diversas*

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