



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 066/2019.**  
**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, Rolândia, Cambé, Araongas e Apucarana.  
VALOR DA DIÁRIA – R\$ 720,00(Setecentos e vinte reais)

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

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº \_\_\_\_\_;  
Em, 08/03/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 720,00 referente à concessão de diária(s), no período de 04/02/2019 a 06/03/2019, 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: **066/2019.**

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

MOTORISTA

Data/Hora Saida	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saida Km	Chegada Km	Placa	Destino / Justificativa	Assinatura
04-02-19	04-02-19							
05-02-19	13:00	13:00	80,00	17149	17457	PEI 2032	Viagem para Rond. Hosp. Carreira	
05-02-19	18:00	18:00	80,00	251103	251591	PAE 7824	Viagem para Rond. e Município Cluana e Hosp. H. Carreira	
04-02-19	19:30	19:00	80,00	251943	252232	PAE 7824	Viagem para Rond. e Município Cluana e Hosp. H. Carreira	
04-02-19	18:30	14:00	80,00	199977	200289	AZM 9642	Viagem para Rond. H. Carreira.	
06-02-19	17:00	11:00	40,00	253243	253586	PAE 7824	Viagem para Rond. e Município Cluana e Hosp. H. Carreira.	
04-02-19	19:30	15:00	80,00	20920	21302	PEI 2258	Viagem para Rond. e Município Cluana e Hosp. H. Carreira.	
04-02-19	14:02-19	08:30	40,00	253839	254302	PAE 7824	Viagem para Rond. e Município Cluana e Hosp. H. Carreira.	
06-02-19	14:30	08:30	40,00	201964	202294	AZM 9642	Viagem para Rond. e Município Cluana e Hosp. H. Carreira.	
15-02-19	15:02-19	15:00	80,00	253839	254302	PAE 7824	Viagem para Rond. e Município Cluana e Hosp. H. Carreira.	
04-02-19	19:30	15:00	80,00	201964	202294	AZM 9642	Viagem para Rond. e Município Cluana e Hosp. H. Carreira.	
22-02-19	22-02-19	07:00	40,00	203054	203374	AZM 9642	Viagem para Rond. H. Carreira e H. Carreira.	
05-02-19	05-03-19	08:30	40,00	256804	257184	PAE 7824	Viagem para Rond. e Município Cluana e Hosp. H. Carreira.	
05-03-19	05-03-19	13:00	80,00	256804	257184	PAE 7824	Viagem para Rond. e Município Cluana e Hosp. H. Carreira.	
06-02-19	12:30	06:30	40,00	21582	21836	PEI 2258	Viagem para Rond. e Município Cluana e Hosp. H. Carreira.	
06-03-19	06-03-19	10:00	40,00	21964	22259	PEI 2258	Viagem para Rond. e Município Cluana e Hosp. H. Carreira.	
18:30	23:30	10:00	40,00	21964	22259	PEI 2258	Viagem para Rond. e Município Cluana e Hosp. H. Carreira.	

720,00



**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: 573.833-329-20  
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

**2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO**

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

**3. JUSTIFICATIVA**

1º = Transporte de pacientes p/ Sondrina H. Câncer. 04-02-19.  
2º = Transporte de pacientes p/ Sond e Maringá HU e Clínica e Hospitais dia 05-02-19.  
3º = Transporte de pacientes p/ Sondrina p/ Clínica e Hospitais 07-02-19.  
4º = Transporte de pacientes p/ Sondrina H. de Câncer 11-02-19.  
5º = Transporte de pacientes p/ Sond e Crapongos Clínica e Hosp 13-02-19  
6º = Transporte de pacientes p/ Ilandia e Sondrina H. Repintado e H.C. dia 14-02-19.  
7º = Transporte de pacientes p/ Sondrina, Cambi, Crap e Apucarana p/ Clínica e Hosp dia 15-02-19.  
8º = Transporte de pacientes p/ Sondrina e Crapongos Hospitais e Clínica dia 22-02-19.  
9º = Transporte de pacientes p/ Sondrina H. Câncer e HC. 28-02-19  
10º = Transporte de pacientes p/ Sondrina e Apucarana Clínica e Hospitais dia 01-03-19.  
11º = Transporte de pacientes p/ Sondrina Hosp. de Câncer. 05-03-19.  
12º = Transporte de pacientes p/ Sondrina Hosp de Câncer 06-03-19.





**4. VALOR SOLICITADO:**

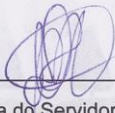
Números de Diárias:	
Valor Unitário das Diárias:	Valor a Restituir:
Valor total das Diárias:	

**5. LOCOMOÇÃO**

Veículo: <i>Avião</i>	Placa: <i>Avião</i>
Frota: <i>-</i>	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