



Processo Administrativo de Concessão de Diárias N°. 067/2019.
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 881.902.349-00

LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Transporte de pacientes às cidades de Curitiba, Campina Grande do Sul e Londrina.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 830,00(Oitocentos e trinta reais)

João Batista de Oliveira

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\$ 830,00 referente à concessão de diária(s), no período de 04/02/2019, à 07/03/2019 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 03281-0, 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: **067/2019**

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

MOTORISTA

gisele B. Oliveira

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
04/02/19 23:30	05/02/19 19:20	18,50	125	308050	308893	AYQ 9610	Curitiba. Campina Grande do Sul	<i>[Signature]</i>
18/02/19 23:30	20/02/19 0:45	25,15	250	254302	255139	B4C 7824	Curitiba. Campina Grande do Sul	<i>[Signature]</i>
23/02/19 7:00	23/02/19 14:50	7,50	40	202538	202781	AZM 9642	Londrina	<i>[Signature]</i>
25/02/19 1:00	25/02/19 22:55	21,55	125	315827	316659	AYQ 9610	Curitiba. Campina Grande do Sul	<i>[Signature]</i>
26/02/19 8:15	26/02/19 20:00	11,45	40	22968	23287	BC1 2215	Londrina	<i>[Signature]</i>
21/03/19 1:00	03/03/19 19:30	18,30	125	23287	24104	BC1 2215	Curitiba	<i>[Signature]</i>
06/03/19 23:30	07/03/19 20:00	19,30	125	25001	25805	BC1 2218	Curitiba. Campina Grande do Sul	<i>[Signature]</i>
			R\$ 830,00					



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

Estando no período de férias nos dias 05 e 18 e 20 de fevereiro foi solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde por falta de motorista, para transportar os pacientes para vários hospitais em Curitiba e Campina Grande do Sul.

<i>23/02/19</i>	<i>Pacientes Londrina SHAGRILA</i>
<i>25/02/19</i>	<i>Pacientes Curitiba e Campina Grande do Sul</i>
<i>26/02/19</i>	<i>Pacientes Londrina JCL</i>
<i>03/03/19</i>	<i>Pacientes Curitiba vários Hospitais</i>
<i>07/03/19</i>	<i>Pacientes Curitiba - Campina Grande do Sul</i>



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