



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 139/2019.
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, Arapongas, Astorga,
Jacarezinho e Rolândia.
VALOR DA DIÁRIA – R\$ 680,00(Seiscentos e oitenta reais)

Noraci da Silva Velani

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº _____;
Em, 07/05/2019.

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\$ 680,00 referente à concessão de diária(s), no período de 03/04/2019 a 24/04/2019, 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: **13918019**

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

MOTORISTA

Renato de S. Veloso

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
03-04-19	08-04-19	15:30	80,00	263236	263562	BE7824	Viagem para Rond. Alvarães e Haja	<i>[Signature]</i>
04-04-19	04-04-19	10:40	40,00	1020	1123	BE13F15	Viagem para E. Procrio: Viagem e Elaboração Mapa	<i>[Signature]</i>
06-04-19	06-04-19	11:00	40,00	8123	1443	BEV3E15	Viagem para E. Procrio: Viagem e Elaboração Mapa	<i>[Signature]</i>
06-04-19	06-04-19	07:25	40,00	45858	46185	BRU7893	Viagem para Rond. e Encargos Mapa	<i>[Signature]</i>
07-04-19	07-04-19	07:50	40,00	46184	46547	BRU7893	Viagem para Rond. e Encargos Mapa	<i>[Signature]</i>
08-04-19	08-04-19	08:30	40,00	30374	30502	BE12218	Viagem para Rond. e Encargos Mapa	<i>[Signature]</i>
09-04-19	09-04-19	08:30	40,00	582358	582732	BRU7893	Viagem para Rond. e Encargos Mapa	<i>[Signature]</i>
10-04-19	10-04-19	14:00	80,00	208406	208421	BRU7893	Viagem para Rond. e Encargos Mapa	<i>[Signature]</i>
13-04-19	13-04-19	13:30	40,00	48340	48650	BRU7893	Viagem para Rond. e Encargos Mapa	<i>[Signature]</i>
14-04-19	14-04-19	09:00	40,00	48340	48650	BRU7893	Viagem para Rond. e Encargos Mapa	<i>[Signature]</i>
14-04-19	14-04-19	09:00	40,00	48340	48650	BRU7893	Viagem para Rond. e Encargos Mapa	<i>[Signature]</i>
14-04-19	14-04-19	13:30	80,00	18983	19405	BE13476	Viagem para Rond. e Encargos Mapa	<i>[Signature]</i>

580,00



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: 579.833.328-20
 N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Destino: *Daniel*
 Data de Saída: _____ Hora da Saída: _____
 Data de Chegada: _____ Hora da Chegada: _____

3. JUSTIFICATIVA

1º = 03-04-19 Grupo para Londrina p/ Clínica e Hospital
 2º = 04-04-19 Grupo para C. Europeo Casp e Hosp.
 3º = 05-04-19 Grupo para " " " " " "
 4º = 06-04-19 Grupo para Lond e Caspenger Hospital
 5º = 07-04-19 " " Astorga Alta Hosp. Cristo Rei
 6º = 08-04-19 Grupo para Lond e Caspenger Clínica e Hospital
 7º = 12-04-19 Grupo para p/ Joca cerinhe Caspenger
 8º = 16-04-19 Grupo para Lond, Rodinária e Caspenger Hosp e Clínica
 9º = 17-04-19 Internamento HU e Consulta H. Câncer
 10º = 18-04-19 Internamento Casa C. Prognose e Alta H. Câncer
 11º = 23-04-19 Internamento HU Londrina
 12º = 24-04-19 Grupo para Londrina e Astorga Clínica e Hosp.

[Assinatura]



4. VALOR SOLICITADO:


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

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: <i>Carro</i>	Placa: <i>Carro</i>
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