



Processo Administrativo de Concessão de Diárias N.º. 153/2019.
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, Londrina, Arapongas e Astorga.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 945,00(Novecentos e quarenta e cinco reais)

João Batista de Oliveira

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária n.º _____;

Em, 22/05/2019.

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\$ 945,00 referente à concessão de diária(s), no período de 25/04/2019, à 20/05/2019 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com n.º..... para a conta corrente do solicitante com o n.º. 03281-0, da agência n.º.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:

153/2019

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

MOTORISTA

Geórgio B. Oliveira

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
25/04/19	26/04/19	23.25	125	31543	32351	BCI	Curitiba - Camp. Grande do Sul	BOB
23:30	22:55					BAC		BOB
29/04/19	29/04/19	15.10	80	268197	268592	BCI	Londrina - Arapongas	BOB
4:30	19:40					BCI	Curitiba	BOB
02/05/19	02/05/19	14.30	125	33292	34098	BCI	Curitiba	BOB
8:00	22:30					BCI		BOB
06/05/19	07/05/19	21.50	125	34079	34900	BCI	Curitiba - Camp. Grande do Sul	BOB
23:30	21:20					BCI		BOB
08/05/19	08/05/19	13.	80	34900	35358	BCI	Maringá	BOB
9:00	22:00					BAC	Londrina	BOB
09/05/19	09/05/19	14.40	80	270057	270330	BCI	Londrina	BOB
04:30	19:10					BCI		BOB
14/05/19	15/05/19	22.40	125	36294	37095	BCI	Curitiba - Camp. Grande do Sul	BOB
23:30	22:10					BAC		BOB
17/05/19	17/05/19	13.30	80	272605	273040	BCI	Londrina - Astorga	BOB
04:30	18:00					BCI		BOB
20/05/19	20/05/19	20	125	37545	38352	BCI	Curitiba - Camp. Grande do Sul	BOB
2:00	22:00							
			R\$ 945,00					



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

25/04/19 = Levar pacientes para Curitiba e Campina Grande do Sul
29/04/19 = levar pacientes em vários hospitais em Londrina e Arapongas
02/05/19 = " " pacientes em hospitais em Curitiba
06/05/19 = levar pacientes em Curitiba e Campina Grande do Sul
08/05/19 = levar paciente no H.U em Maringá
09/05/19 = levar pacientes em vários hospitais em Londrina
14/05/19 = levar pacientes em Curitiba e Campina Grande do Sul
17/05/19 = levar pacientes em Londrina e Astorga
20/05/19 = " " pacientes em Curitiba e Campina Grande do Sul



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 a 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 a este relatório);

Assinatura do Servidor Beneficiário



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde