



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.186/2019.**

**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** JOÃO GALDINO

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 650.803.009-49

**LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:**

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

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 370,00 (Trezentos e setenta reais)

\_\_\_\_\_  
João Galdino

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº \_\_\_\_\_;

Em, 19/06/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 370,00 referente à concessão de diária(s), no período de 13/06/2019 à 19/06/2019, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 12.756-0, 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: 186/2019

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIAS DE MOTORISTAS

MOTORISTA

*Wilson Roberto*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino / Justificativa	Assinatura
<i>23-08-19</i>	<i>00:15</i>	<i>04h</i>	<i>80,00</i>	<i>48,049</i>	<i>48,857</i>	<i>DL-2848</i>	<i>Cont. de + L. Sul. Tomaz. Leão</i>	<i>[assinatura]</i>
<i>23-08-19</i>	<i>18:00-19</i>	<i>01h</i>	<i>80,00</i>	<i>48,165</i>	<i>48,467</i>	<i>BAC 7824</i>	<i>Procedimento para a Trans. da U.P.</i>	<i>[assinatura]</i>
<i>19-08-19</i>	<i>18:30</i>	<i>1h</i>	<i>40,00</i>	<i>48,575</i>	<i>49,044</i>	<i>ADM-9612</i>	<i>Car. N. de + São João. Tomaz</i>	<i>[assinatura]</i>
<i>19-08-19</i>	<i>18:30</i>	<i>1h</i>	<i>40,00</i>	<i>48,575</i>	<i>49,044</i>	<i>ADM-9612</i>	<i>Car. N. de + São João. Tomaz</i>	<i>[assinatura]</i>
			<i>370,00</i>					



**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Unidade Administrativa: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
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**

14/06/19 = Curitiba + c. & Sul Transporte de Passante  
18/06/19 = Londrina + Arapongas Jans. de Passante  
19/06/19 = Con. prescípio Jre + Londrina Jans. de Passante



**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