



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 200/2019.**  
**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 Londrina, Astorga, Curitiba, Campina Grande do Sul e Apucarana.

**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 nº \_\_\_\_\_;

Em, 09/07/2019.

\_\_\_\_\_  
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 07/06/2019, à 04/07/2019 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

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

MOTORISTA

Geosé B. Lindrina

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
07/06/19 3:30	07/06/19 20:40	13:10	80	278022	278150	BAC 7824	Londrina - Astorga	<i>GBL</i>
11/06/19 23:30	12/06/19 21:30	22	125	25538	26359	BCL 9476	Curitiba - Camp Grande do Sul	<i>GBL</i>
14/06/19 4:00	14/06/19 16:00	12	40	37756	38009	BCI 2232	Londrina	<i>GBL</i>
16/06/19 23:30	17/06/19 20:50	21:20	125	27351	28180	BCL 9476	Curitiba - Camp Grande do Sul	<i>GBL</i>
21/06/19 4:30	21/06/19 20:45	16:15	80	280825	281225	BAC 7824	Londrina - Arapongas - Apucarana	<i>GBL</i>
26/06/19 3:00	26/06/19 20:45	17:45	125	39103	39851	BCI 2232	Curitiba	<i>GBL</i>
27/06/19 9:00	27/06/19 20:30	11:30	40	39851	40120	BCI 2232	Londrina	<i>GBL</i>
27/06/19 23:45	28/06/19 21:20	21:35	125	41088	41889	BCI 2215	Curitiba - Camp Grande do Sul	<i>GBL</i>
02/07/19 23:40	02/07/19 22:15	22:35	125	45921	46730	BCI 2218	Curitiba - Camp Grande do Sul	<i>GBL</i>
04/07/19 4:30	04/07/19 22:40	18:10	80	283177	283451	BAC 7824	Londrina	<i>GBL</i>
			R\$ 915,00					



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

07/06: Levar pacientes em vários hospitais em Londrina - Astorga  
11/06 = Levar pacientes em Curitiba e Camp Grande do Sul  
14/06 = Levar pacientes em Londrina - JCL  
16/06 = levar pacientes em Curitiba e Campina Grande do Sul  
24/06 = levar pacientes em Hospitais Londrina - Arapongas e Apucarana  
26/06 = levar pacientes em Curitiba  
27/06 = levar paciente em Londrina - H. O  
27/06 = levar pacientes em Curitiba e Campina Grande do Sul  
01/07 = levar pacientes em Curitiba e Campina Grande do Sul  
04/07 = levar pacientes em Londrina JCL e H.O





**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



**PREFEITURA DE**  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**  
ESTADO DO PARANÁ

---

Secretaria Municipal de Saúde