



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 238/2019.**  
**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 Cornélio Procópio, Londrina, Curitiba e Campina Grande do Sul..

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 820,00(Oitocentos e vinte reais)

\_\_\_\_\_  
João Batista de Oliveira

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 20/08/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 820,00 referente à concessão de diária(s), no período de 31/07/2019, à 19/08/2019 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: 23812019

**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	Assinat
31/07/19	31/07/19							
3:30	12:00	8.30	40	412190	412325	ASE 1593	C. Pucópio	<i>[Signature]</i>
01/08/19	01/08/19							
4:30	20:35	16.05	80	289704	290023	BAC 2824	Londrina	<i>[Signature]</i>
05/08/19	05/08/19							
3:30	12:00	8.30	40	35372	35512	BCL 9476	C. Pucópio	<i>[Signature]</i>
06/08/19	07/08/19							
23:45	19:05	19.20	125	48733	49537	BCL 2215	Curitiba - Camp Grande do Sul	<i>[Signature]</i>
11/08/19	12/08/19							
23:45	21:10	21.25	125	37077	37909	BCL 19476	Curitiba - Camp Grande do Sul	<i>[Signature]</i>
14/08/19	14/08/19							
4:30	21:30	17	80	38204	38595	BCL 9476	Londrina - Arapongas	<i>[Signature]</i>
15/08/19	17/08/19							
23:45	1:50	26.5	250	981	1840	BDF 4419	Curitiba - Camp Grande do Sul	<i>[Signature]</i>
19/08/19	19/08/19							
4:30	19:45	15.45	80	1840	2182	BDF 4419	Londrina	<i>[Signature]</i>
		<b>R\$ 820,00</b>						



**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**

31/07: levar pacientes para hemodiálise em C. Bocopio  
01/08: levar pacientes para Londrina vários hospitais  
05/08: levar pacientes para hemodiálise em C. Bocopio  
06/08: levar pacientes em Curitiba e Camp. Grande do Sul  
11/08: levar pacientes em Curitiba e Camp. Grande do Sul  
14/08: levar pacientes em Londrina e Arapongas  
15/08: levar pacientes em Curitiba e Camp. Grande do Sul  
19/08: levar pacientes em Londrina



**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