



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 292/2019.
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 União da Vitória.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 1.115,00(Hum mil cento e quinze reais)

João Batista de Oliveira

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 09/10/2019.

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\$ 1.115,00 referente à concessão de diária(s), no período de 02/09/2019, à 27/07/2019 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

Numero diária:

29/2/2019

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

MOTORISTA

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
02/09/19 23:45	03/09/19 20:45	2,1	125	8635	9434	BDF 4419	Curitiba - Camp Grande do Sul	BDF
05/09/19 23:45	06/09/19 22:50	23,5	125	54450	55254	BCI 2218	Curitiba - Camp Grande do Sul	BDF
09/09/19 4:30	09/09/19 18:55	14,25	80	588237	588627	ASD 7351	Londrina - Arapongas	BDF
11/09/19 0:00	11/09/19 19:40	19,40	125	52233	53153	BCI 2219	União da Vitória	BDF
13/09/19 5:45	13/09/19 17:20	11,35	40	59451	59445	BCI 2215	Londrina	BDF
15/09/19 23:45	16/09/19 22:00	22,15	125	11631	12430	BDF 4419	Curitiba - Camp Grande do Sul	BDF
17/09/19 9:00	17/09/19 17:00	8	40	72752	73015	BBV 7893	Londrina	BDF
18/09/19 6:00	18/09/19 17:15	11,15	40	73015	73273	BBV 7893	Londrina	BDF
18/09/19 23:45	19/09/19 21:45	22	125	13438	14264	BDF 4419	Curitiba - Camp Grande do Sul	BDF
23/09/19 8:00	23/09/19 18:00	10	40	74152	74407	BBV 7893	Londrina	BDF
23/09/19 23:45	24/09/19 21:45	22	125	14400	15179	BDF 4419	Curitiba	BDF
27/09/19 0:00	27/09/19 22:50	22,50	125	16750	17515	BDF 4419	Curitiba	BDF

R\$ 1115,00



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

02/09 - levar pacientes em Curitiba vários hospitais
05/09 = " " " pacientes em Curitiba e Camp Grande do Sul
09/09 = levar pacientes em Londrina e Arapongas vários hospitais
11/09 = levar paciente para internamento em União da Vitória
13/09 = " " " paciente para Londrina H. Câncer e CEFIL
15/09 = paciente em Curitiba e Camp Grande do Sul
17/09 = levar paciente no I.C.L Londrina
18/09 = levar paciente no H.V Londrina
18/09 = levar pacientes Curitiba e Camp Grande do Sul
23/09 = levar pacientes I.C.L Londrina
23/09 = levar pacientes para Curitiba vários hospitais
27/09 = " " " pacientes para Curitiba vários hospitais



4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias:

Valor total das Diárias:

Valor a Restituir:

5. LOCOMOÇÃO

Veículo:

Frota:

Placa:

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