



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.294/2019.**

**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 Cornélio Procópio, Curitiba, Londrina, Arapongas, Jacarezinho e Campina Grande do Sul.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 780,00 (Setecentos e oitenta reais)

\_\_\_\_\_  
João Galdino

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 15/10/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 780,00 referente à concessão de diária(s), no período de 30/09/2019 a 14/10/19, 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:

29/12/2019

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

**MOTORISTA**

*Plácido Galvão*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino / Justificativa	Assinatura
30=09=19	30=09=19							
05.53	13.50	7h15	40,00	235,008	238,195	ATM. 9642	Car. Hospício Terra. Parado	<i>Plácido Galvão</i>
07=10=19	03=10=19	04h15	250,00	63,024	63,832	B01,2215	Unidade Terra. Parado	<i>Plácido Galvão</i>
23.30	08=15	04h15	40,00	415,171	415,301	ASE. 1593	Car. Hospício Terra. Parado	<i>Plácido Galvão</i>
04=10=19	04=10=19	08	40,00	593,892	594,282	ASD. 7351	Unidade + Angem. Terra. Parado	<i>Plácido Galvão</i>
07=10=19	07=10=19	15h	80,00	64,197	64,327	B01,2215	Hospício Terra. Parado	<i>Plácido Galvão</i>
04=10=19	08=10=19	04h15	40,00	65,096	65,096	B01,2215	Unidade Terra. Parado	<i>Plácido Galvão</i>
05.30	14=00	8h15	40,00	65,096	65,096	B01,2215	Unidade Terra. Parado	<i>Plácido Galvão</i>
08=10=19	09=10=19	08h	40,00	65,096	65,096	B01,2215	Unidade Terra. Parado	<i>Plácido Galvão</i>
08=10=19	17=20	09h	40,00	65,096	65,096	B01,2215	Unidade Terra. Parado	<i>Plácido Galvão</i>
08=10=19	11=10=19	03h	20,00	65,096	65,096	B01,2215	Unidade Terra. Parado	<i>Plácido Galvão</i>
04=10=19	18=00	13h15	80,00	65,096	65,096	B01,2215	Unidade Terra. Parado	<i>Plácido Galvão</i>
13=10=19	14=10=19	01h15	20,00	65,096	66,196	B01,2215	Unidade + E. B. Sul. Terra. Parado	<i>Plácido Galvão</i>
23.30	18=25	04h15	40,00	65,096	66,196	B01,2215	Unidade + E. B. Sul. Terra. Parado	<i>Plácido Galvão</i>
			780,00					



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

30/09/19 = Lameirão Porecápio Transporte de Paciente  
02/10/19 = Curitiba Transporte de Paciente  
04/10/19 = Cornélio Proença Transporte de Paciente  
07/10/19 = Londrina + Apucarana Transporte de Paciente  
08/10/19 = Jaceguai Transporte de Paciente  
09/10/19 = Curitiba Transporte de Paciente  
11/10/19 = Londrina Transporte de Paciente  
14/10/19 = Curitiba + C. Brandt do Sul Transporte Paciente

*[Handwritten signature]*



**4. VALOR SOLICITADO:**

Números de Diárias:	
Valor Unitário das Diárias:	Valor a Restituir:
Valor total das Diárias:	

**5. LOCOMOÇÃO**

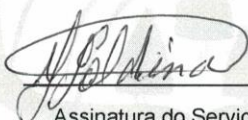
Veículo:	Placa:
Frota:	Particular:

**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