



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 295/2019.
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: NORACI DA SILVA VELANI
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE
CPF: 573.833.329-20
LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:
Transporte de pacientes às cidades de Londrina, Cornélio Procópio, Araçongas, Cambé, e Santa Mariana.
VALOR DA DIÁRIA – R\$ 680,00(Seiscentos e oitenta reais)

Noraci da Silva Velani

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\$ 680,00 referente à concessão de diária(s), no período de 20/09/2019 a 14/10/2019, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 003860, 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
Secretário Administrativo



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

Numero diária:

295/2019

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

MOTORISTA

Renato de S. Nelson

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
20-09-19	20-09-19							
04:30	18:00	13:30	80,00	591137	591403	98D7351	Viagem para Lond. Hosp. e Clinica.	
27-09-19	27-09-19							
05:30	15:00	09:30	40,00	415016	415171	98E1583	Viagem para C. Saude. Viagem e clinica.	
09:00	16:50	07:50	40,00	62626	63024	BEI3218	Viagem para Unipar e Lond.	
02-10-19	02-10-19							
04:30	19:30	15:00	80,00	583191	583402	98D7351	Viagem para Londrina.	
03-10-19	03-10-19							
05:00	17:30	12:30	80,00	63215	63499	BEI2218	Viagem para Londrina. HU.	
04-10-19	04-10-19							
04:30	18:40	14:10	80,00	19277	20013	BEW3115	Viagem para Londrina e Londrina.	
07-10-19	07-10-19							
06:30	17:00	10:30	40,00	415302	415418	98E1583	Viagem para Londrina. Hosp.	
08-10-19	08-10-19							
04:30	21:30	17:00	80,00	584288	584641	98D7351	Viagem para Londrina e Londrina. Hosp. e Clinica.	
09-10-19	09-10-19							
05:00	13:30	08:30	40,00	437110	50000	BEI2232	Viagem para Londrina. HU.	
10-10-19	10-10-19							
04:30	18:30	14:00	80,00	585021	585315	98D7351	Viagem para Londrina e Londrina.	
14-10-19	14-10-19							
07:00	15:40	08:40	40,00	65725	65884	BEI2219	Viagem para Londrina. Hosp.	

689,00



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO
Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL
Unidade Administrativa: SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Nome do Servidor Beneficiário:
CPF: 579.833.329-20
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Destino: *Paraná*
Data de Saída: _____ Hora da Saída: _____
Data de Chegada: _____ Hora da Chegada: _____

3. JUSTIFICATIVA

01º => 20/09 Transp pacientes Londrina Hosp e Clínica.
02º => 27/09 Transp pacs @. Protopio Assup e Hosp.
03º => 30/09 Transp pacs Araucarias e Londrina.
04º => 02/10 Transp pacs Londrina.
05º => 03/10 Transp pacs Londrina HU.
06º => 04/10 Transp pacs Londrina e Cambé.
07º => 07/10 Transp pacs @. Mariana Hosp.
08º => 08/10 Transp pacs Londrina e Araucarias.
09º => 09/10 Transp pacs Londrina HU.
10º => 10/10 Transp pacs Londrina Clínica e Hosp.
11º => 14/10 Transp pacs @. Mariana Hosp.



4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias:

Valor a Restituir:

Valor total das Diárias:

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: *Vários*

Placa: *Carros*

Frota: *Vários*

Particular: *Oficial*

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