



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.296/2019.**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** VALDECIR DE JESUS

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 556.662.809-53

**LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:**

Transporte de pacientes à cidade de Cornélio Procópio.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 480,00 (Quatrocentos e oitenta reais)

\_\_\_\_\_  
Valdecir de Jesus

**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\$ 480,00 referente à concessão de diária(s), no período de 23/09/2019 a 11/10/2019 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 12.727-1, 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:

296/2019

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

MOTORISTA *Naldin de Jesus*

Data/Hora Saida	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saida Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
23.09.2019 5.30	23.09.2019 17.00	11:30	40,00	18303	18445	BCW3F15	Carnalio	Naldin
24.09.2019 5.30	24.09.2019 17.00	11:30	40,00	18445	18595	BCW3F15	Carnalio	Naldin
30.09.2019 5.30	30.09.2019 16.00	10:30	40,00		19269	BCW3F15	Carnalio	Naldin
01.10.2019 5.30	01.10.2019 17.00	11:30	40,00	19269	19416	BCW3F15	Carnalio	Naldin
02.10.2019 5.30	02.10.2019 16.00	10:30	40,00	19416	19568	BCW3F15	Carnalio	Naldin
03.10.2019 5.30	03.10.2019 15.30	10:00	40,00	19568	19716	BCW3F15	Carnalio	Naldin
04.10.2019 5.30	04.10.2019 16.00	10:30	40,00	193753	193899	ASD4351	Carnalio	Naldin
07.10.2019 5.30	07.10.2019 16.00	10:30	40,00	20213	20471	BCW3F15	Carnalio	Naldin
08.10.2019 5.30	08.10.2019 17.00	11:30	40,00	20471	20316	BCW3F15	Carnalio	Naldin
09.10.2019 5.30	09.10.2019 17.00	11:30	40,00	20316	20521	BCW3F15	Carnalio	Naldin
10.10.2019 5.30	10.10.2019 16.00	10:30	40,00	20521	20660	BCW3F15	Carnalio	Naldin
11.10.2019 5.30	11.10.2019 15.30	10:00	40,00	20660	20799	BCW3F15	Carnalio	Naldin

480,00



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Unidade Administrativa: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Nome do Servidor Beneficiário: *Naldes de Jesus*  
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

23-09-2019 -- *Cornelio*  
24-09-2019 -- *Cornelio*  
30-09-2019 -- *Cornelio*  
01-10-2019 -- *Cornelio*  
02-10-2019 -- *Cornelio*  
03-10-2019 -- *Cornelio*  
04-10-2019 -- *Cornelio*  
07-10-2019 -- *Cornelio*  
08-10-2019 -- *Cornelio*  
09-10-2019 -- *Cornelio*  
10-10-2019 -- *Cornelio*  
11-10-2019 -- *Cornelio*



**4. VALOR SOLICITADO:**

Números de Diárias:	Valor a Restituir:
Valor Unitário das Diárias:	
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);

*Valdeir de Jesus*

Assinatura do Servidor Beneficiário



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

---

Secretaria Municipal de Saúde