



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.331/2019.**

**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 Curitiba, Campina Grande do Sul, Londrina e Cornélio Procopio.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 495,00 (Quatrocentos e noventa e cinco reais)

\_\_\_\_\_  
João Galdino

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 11/11/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 495,00 referente à concessão de diária(s), no período de 30/10/2019 a 07/11/19, 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  
Secretário Administrativo



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

Secretaria Municipal de Saúde

Numero diária: **331/2019**

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

**MOTORISTA** *Yago Polaris*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino / Justificativa	Assinatura
03.30	07.00	25	250,00	46,700	47,530	R11.944	Av. Itaipava - L. B. do Sul. Nova Pr.	<i>[Signature]</i>
04.11-19	04.11-19	15	80,00	291,186	291,790	R21.782	Industria. Zona. Ribeirão	<i>[Signature]</i>
05.11-19	05.11-19	9	40,00	69,213	69,385	R21.2215	Av. Leopoldo Teves. Mand.	<i>[Signature]</i>
06.10-19	07.11-19	21	495,00	69,674	70,502	R11.2215	Av. Itaipava - L. B. do Sul. Nova. Ribeirão	<i>[Signature]</i>
03.30	21.00	21	495,00					
			<u>995,00</u>					



**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**  
Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Unidade Administrativa: Poder Executivo – (colocar Secretaria ou departamento)  
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**

31/10/19 - Curitiba + Campina Grande Sul. Trans. de Paciente  
04/11/19 - Londrina Transporte de Paciente  
05/11/19 - Cornélio Procopio Transporte de Paciente  
07/11/19 - Curitiba + Campina Grande do Sul Trans. Paciente

*J. P. Dias*



**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