



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.332/2019.**  
**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\$ 200,00 (Duzentos reais)

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

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 12/11/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 200,00 referente à concessão de diária(s), no período de 04/11/2019 a 08/11/2019 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: **332/2019**

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

**MOTORISTA** *Valdeir da Silva*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
04.11.2019 08:47	05.11.2019 16:30	11,00	40,00	22984	23100	RCW3F15	Programa e	Valdeir
05.11.2019 08:47	06.11.2019 16:00	10,30	40,00	23100	23286	RCW3F15	Programa e	Valdeir
06.11.2019 08:47	07.11.2019 16:00	10,30	40,00	23286	23433	RCW3F15	Programa e	Valdeir
07.11.2019 08:47	08.11.2019 15:30	10,00	40,00	23433	23578	RCW3F15	Programa e	Valdeir
08.11.2019 08:47	09.11.2019 16:30	10,30	40,00	23578	23733	RCW3F15	Programa e	Valdeir
			<b>200,00</b>					



**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**  
Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

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

*04-11-2019 -- Cornelio*  
*05-11-2019 -- Cornelio*  
*06-11-2019 -- Cornelio*  
*07-11-2019 -- Cornelio*  
*08-11-2019 -- Cornelio*



**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);

*Valdecir de Jesus*

Assinatura do Servidor Beneficiário



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

---

Secretaria Municipal de Saúde