



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 356/2019.
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 881.902.349-00

LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Transporte de pacientes às cidades de Curitiba, Londrina, Campina Grande do Sul, Cambé e Arapongas.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 1.105,00(Hum mil cento e cinco reais)

João Batista de Oliveira

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 06/12/2019.

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\$ 1.105,00 referente à concessão de diária(s), no período de 28/10/2019, à 25/11/2019 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 03281-0, 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:

356/2019

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

MOTORISTA

gisele B. Oliveira

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
28/10/19 4:30	28/10/19 19:10	14:40	80	538818	539103	ASP 3351 BCI	Londrina	<i>[Signature]</i>
29/10/19 23:45	30/10/19 22:15	22:30	125	57456	58269	BCI BDF	Curitiba - Camp Grande do Sul	<i>[Signature]</i>
31/10/19 6:00	31/10/19 17:00	11	40	20305	20615	4H19	Camelô	<i>[Signature]</i>
04/11/19 23:45	05/11/19 21:15	21:30	125	70577	71393	BCI 2218 BAC	Curitiba - Camp Grande do Sul	<i>[Signature]</i>
07/11/19 4:30	07/11/19 21:00	16:30	80	292380	292662	7824	Londrina	<i>[Signature]</i>
11/11/19 4:30	11/11/19 21:35	17:5	80	292959	293279	BAC 7824 BCI	Londrina	<i>[Signature]</i>
12/11/19 23:45	13/11/19 18:19	19:4	125	72472	73268	BCI 2218	Curitiba - Camp Grande do Sul	<i>[Signature]</i>
14/11/19 9:30	14/11/19 19:55	10:25	40	59994	60280	BCI 2219	Londrina	<i>[Signature]</i>
17/11/19 23:45	18/11/19 21:40	21:55	125	73388	74164	BCI 2218	Curitiba	<i>[Signature]</i>
20/11/19 4:30	20/11/19 20:00	15:30	80	294570	294804	BAC 7824	Londrina	<i>[Signature]</i>
21/11/19 23:45	22/11/19 01:10	24:25	125	27930	28715	BDF 4H19	Curitiba	<i>[Signature]</i>
25/11/19 4:30	25/11/19 21:00	16:30	80	29546	295902	BAC 7824	Londrina - Arapongas	<i>[Signature]</i>

R\$ 1.105,00



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

28/10 = Levar pacientes em Londrina vários Hospitais
29/10 = Levar pacientes em Curitiba e Camp Grande do Sul
31/10 = Levar Van para revisão em Cambé
04/11 = Levar pacientes em Curitiba e Camp Grande do Sul
07/11 = Levar pacientes em Londrina vários Hospitais
11/11 = Levar pacientes em Londrina vários Hospitais
12/11 = Levar pacientes em Curitiba e Camp Grande do Sul
14/11 = Levar paciente em Londrina H. O
17/11 = Levar pacientes em Curitiba
20/11 = Levar pacientes em Londrina vários Hospitais
21/11 = Levar pacientes em Curitiba Hospitais
25/11 = Levar pacientes em Londrina e Arapongas

BA



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