



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 002/2020.
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 Londrina, Maringá, Sorocaba e Araçongas.
VALOR DA DIÁRIA – R\$ 805,00(Oitocentos e cinco reais)

Noraci da Silva Velani

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº _____;
Em, 10/01/2020.

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\$ 805,00 referente à concessão de diária(s), no período de 03/12/2019 a 07/01/2020, 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:

002/2020

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

MOTORISTA

Renato da S. Williams

| Data/Hora Saída | Data/Hora Chegada | Total hora | Valor diária | Saída Km | Chegada Km | Placa | Destino /Justificativa | Assinatura |
|-------------------|-------------------|------------|--------------|----------|------------|---------|---|------------|
| 03-12-19 04:30 | 03-12-19 00:00 | 15:30 | 80,00 | 60767 | 601039 | A807358 | Viagem para Lond. Oliveira Atop. | |
| 04-12-19 08:00 | 04-12-19 11:30 | 11:30 | 80,00 | 62403 | 62858 | BEI2219 | Viagem para Maringá PR. | |
| 05-12-19 04:30 | 05-12-19 18:00 | 13:30 | 80,00 | 601039 | 601304 | A807358 | Viagem para Lond. Oliveira Atop. | |
| 06-12-19 04:40 | 06-12-19 12:20 | 07:20 | 40,00 | 54871 | 55163 | BEI0132 | Viagem para Lond. Oliveira Atop. | |
| 08-12-19 03:00 | 08-12-19 15:00 | 12:00 | 125,00 | 63524 | 63953 | BEI2232 | Viagem para Curitiba Lond. Mar. | |
| 10-12-19 04:30 | 10-12-19 15:00 | 10:30 | 40,00 | 34015 | 34307 | BEI4419 | Viagem para Lond. Mar. e volta para Lond. | |
| 16-12-19 04:30 | 16-12-19 18:00 | 13:30 | 80,00 | 299405 | 299440 | BEI7824 | Viagem para Lond. Oliveira Atop. | |
| 20-12-19 04:30 | 20-12-19 18:00 | 13:30 | 80,00 | 601048 | 602128 | A807358 | Viagem para Lond. e Maringá PR. | |
| 23-12-19 06:00 | 23-12-19 16:30 | 10:30 | 40,00 | 252888 | 252838 | A2L875 | Viagem para Lond. e Lond. Mar. | |
| 02-01-20 04:30 | 02-01-20 19:00 | 14:30 | 80,00 | 36380 | 36663 | BEI4419 | Viagem para Lond. H. Oliveira e HO | |
| 06-01-20 05:30 | 06-01-20 15:00 | 09:30 | 40,00 | 26072 | 26219 | BEI3F15 | Viagem para Lond. e Maringá PR. | |
| 07-01-20 05:30 | 07-01-20 15:00 | 09:30 | 40,00 | 28220 | 28367 | BEI3F15 | Viagem para Lond. e Maringá PR. | |

805,00



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: 573.833-329-20
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Destino: *União*
Data de Saída: Hora da Saída:
Data de Chegada: Hora da Chegada:

3. JUSTIFICATIVA

03-12-19 = Transp para Londrina p/ Clínica e Hosp.
04-12-19 = Transp pac p/ Maringá HV.
05-12-19 = Transp pac p/ Londrina p/ Clínica e Hosp.
06-12-19 = Transp pac p/ Londrina " " " "
09-12-19 Transp pac p/ Sorocaba SP.
10-12-19 Transp pac p/ Londrina ultra diário Ocuro Saúde.
12-12-19 Transp pac p/ Londrina Clínica e Hosp.
20-12-19 Transp pac p/ Londrina e Maringá Clínica e Hosp.
23-12-19 Transp pac Londrina Hosp de Câncer.
02-01-20 Transp pac Londrina HO e H. Câncer.
06-01-20 Transp pac O. Procrio Cisnes e Clínica.
07-01-20 Transp pac " " " " "



4. VALOR SOLICITADO:

| | |
|-----------------------------|--------------------|
| Números de Diárias: | |
| Valor Unitário das Diárias: | Valor a Restituir: |
| Valor total das Diárias: | |

5. LOCOMOÇÃO

| | |
|--------------------------|-------------|
| Veículo: <i>Neivessa</i> | Placa: |
| Frota: <i>123456</i> | 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