



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 010/2020.
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 Cornélio Procópio e Jacarezinho.
VALOR DA DIÁRIA – R\$ 320,00(Trezentos e vinte reais)

Noraci da Silva Velani

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº _____;
Em, 21/01/2020.

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\$ 320,00 referente à concessão de diária(s), no período de 08/01/2020 a 18/01/2020, 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:

01012020

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

MOTORISTA

Renan de S. Veloso

| Data/Hora Saída | Data/Hora Chegada | Total hora | Valor diária | Saída Km | Chegada Km | Placa | Destino /Justificativa | Assinatura |
|-----------------|-------------------|------------|---------------|----------|------------|----------|------------------------------------|------------|
| 08-05-20 | 08-05-20 | | | | | | | |
| 05:30 | 14:30 | 08:00 | 40,00 | 28367 | 28517 | BEU3FE15 | Temp para C. Superior Ciurg e Clin | |
| 09-05-20 | 09-05-20 | | | | | | | |
| 05:30 | 14:30 | 08:00 | 40,00 | 28517 | 28647 | BEU3FE15 | " " | |
| 10-05-20 | 10-05-20 | | | | | | | |
| 05:30 | 15:00 | 08:30 | 40,00 | 28647 | 28802 | BEU3FE15 | Temp para C. Superior Ciurg e Clin | |
| 13-05-20 | 13-05-20 | | | | | | | |
| 05:30 | 16:30 | 11:00 | 40,00 | 28803 | 28964 | BEU3FE15 | " " | |
| 14-05-20 | 14-05-20 | | | | | | | |
| 05:30 | 15:30 | 08:00 | 40,00 | 28964 | 29113 | " " | Temp para C. Superior Ciurg e Clin | |
| 15-05-20 | 15-05-20 | | | | | | | |
| 05:30 | 15:30 | 08:00 | 40,00 | 29113 | 29257 | BEU3FE15 | " " | |
| 16-05-20 | 16-05-20 | | | | | | | |
| 05:30 | 17:00 | 11:30 | 40,00 | 29257 | 29397 | " " | Temp para C. Superior Ciurg e Clin | |
| 18-05-20 | 18-05-20 | | | | | | | |
| 04:30 | 10:50 | 06:20 | 40,00 | 59137 | 59261 | BEU2032 | Temp para Jermigade HD Ciurg | |
| | | | <u>320,00</u> | | | | | |



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: 573.833.929-20
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

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

3. JUSTIFICATIVA

08-02-20 *Trampo pacs C. Proceprio Casnop e Clinicas.*
09-02-20 *" " " " " "*
10-02-20 *Trampo pacs C. Proceprio Casnop e Clinicas.*
13-02-20 *" " " " " "*
14-02-20 *Trampo pacs C. Proceprio Casnop e Clinicas.*
15-02-20 *" " " " " "*
16-02-20 *Trampo pacs C. Proceprio Casnop e Clinicas.*
18-02-20 *Trampo pacs Sucaregado HO Oerurgia.*



4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias:

Valor total das Diárias:

Valor a Restituir:

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: *Deveres*

Frota:

Placa:

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