



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias N.º. 140/2020.**  
**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 Jandaia do Sul, Londrina, Arapongas, Cornélio Procopio, Curitiba, Rolândia e Santo Antonio da Platina.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$730,00(setecentos e trinta reais)

\_\_\_\_\_  
João Batista de Oliveira

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária n.º \_\_\_\_\_;

Em, 30/07/2020.

\_\_\_\_\_  
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\$730,00 referente à concessão de diária(s), no período de 08/06/2020, à 06/07/2020 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com n.º.....para a conta corrente do solicitante com o n.º. 03281-0, da agência n.º.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.

\_\_\_\_\_  
Evelyn Moraes Oliveira Pulcinelli



Numero diária: 340/2020

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

MOTORISTA: goáo B. Oliveira

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diário	Saída km	Chegada Km	Placa	Destino/Justificativa	Assinatura
08/06/2020 12:30	08/06/2020 21:20	8.50	40	82330	83354	BCI 2232	Jandaia do Sul	<i>[Signature]</i>
09/06/2020 4:30	09/06/2020 18:00	13.30	80	65597	65941	BDF 4H19	Londrina-Arapongas	<i>[Signature]</i>
10/06/2020 6:40	10/06/2020 15:30	8.50	40	606269	606413	ASD 7351	C. P. Rocopio	<i>[Signature]</i>
12/06/2020 7:00	12/06/2020 22:05	15.25	125	86424	87242	BCI 2219	Curitiba	<i>[Signature]</i>
16/06/2020 4:45	16/06/2020 18:50	14.05	80	66551	67024	BDF 4H19	Londrina-Maringá	<i>[Signature]</i>
18/06/2020 9:00	18/06/2020 20:25	11.25	40	112086	112491	BBV 7893	Londrina-Arapongas	<i>[Signature]</i>
23/06/2020 1:45	23/06/2020 17:30	15.45	125	88662	88442	BCI 2219	Curitiba	<i>[Signature]</i>
24/06/2020 4:30	24/06/2020 13:10	14.40	80	318121	318700	BAC7824	Londrina-Arapongas	<i>[Signature]</i>
02/07/2020 7:45	02/07/2020 18:25	11.40	40	120994	121268	BCI 2218	Londrina	<i>[Signature]</i>
06/07/2020 4:30	06/07/2020 18:00	13.30	80	319157	319483	BAC 7824	Londrina-Polândia	<i>[Signature]</i>
				R\$ 730,00				



**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**

08/06/2020: Levar paciente para atendimento médico em Jandaia do Sul
09/06/2020: Levar pacientes em Londrina e Arapongas
10/06/2020: Levar pacientes em C. Próspero
12/06/2020: Levar paciente em Curitiba
16/06/2020: Levar pacientes em Londrina e Maringá
18/06: Levar pacientes em Londrina, Arapongas e S. A. Platina
22/06/2020: Levar pacientes em Curitiba
24/06/2020: Levar pacientes em Londrina e Arapongas
02/07/2020: Levar pacientes em Londrina
06/07/2020: Levar pacientes em Londrina e Rolândia



**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