



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias N.º. 187/2020.**  
**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 ,Cornélio Procópio, Santa Mariana, Curitiba, Campina Grande do Sul, Londrina e Arapongas

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$895,00(oitocentos e noventa e cinco reais)

\_\_\_\_\_  
João Batista de Oliveira

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 29/09/2020.

\_\_\_\_\_  
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\$895,00 referente à concessão de diária(s), no período de 11/08/2020, à 08/09/2020 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.

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



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

Secretaria Municipal de Saúde

NUMERO DIÁRIA: 187/2020

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

MOTORISTA: gerson B. Oliveira

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
11/08/2020 11:40	11/08/2020 22:10	10	125	130152	130980	BCI 2218	Curitiba, Camp. Grand do Sul	[Assinatura]
13/08/2020 6:45	13/08/2020 14:20	7.15	140	608802	608991	ASB 7351	C. Procopio S. Mariana	[Assinatura]
13/08/2020 1:45	13/08/2020 18:00	13.15	80	778113	781102	BDF 1419	Londrina	[Assinatura]
20/08/2020 6:45	20/08/2020 17:00	10.15	140	322387	322541	BAC 7824	C. Procopio S. Mariana	[Assinatura]
24/08/2020 11:30	24/08/2020 18:10	13.50	80	78502	78768	BDF 1419	Londrina	[Assinatura]
26/08/2020 2:00	26/08/2020 17:00	15	125	100194	100977	BCI 2219	Curitiba	[Assinatura]
31/08/2020 5:00	31/08/2020 16:50	11.50	140	101921	102234	BCI 2219	Londrina	[Assinatura]
01/09/2020 6:45	01/09/2020 16:00	9.15	140	610220	610380	ASB 7351	C. Procopio S. Mariana	[Assinatura]
02/09/2020 3:30	02/09/2020 18:35	15.05	80	80772	81070	BDF 1419	Londrina	[Assinatura]
03/09/2020 7:00	03/09/2020 13:05	6.5	140	98577	98709	BCI 2232	C. Procopio	[Assinatura]
04/09/2020 11:30	04/09/2020 19:20	14.50	80	81070	81426	BDF 1419	Londrina-Arapongas	[Assinatura]
08/09/2020 1:00	08/09/2020 20:00	19	125	81426	822140	BDF 1419	Curitiba, Camp. Grand do Sul	[Assinatura]

R\$895.00



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

11/08: levar pacientes para Curitiba e Campina Grande do Sul  
13/08: levar pacientes em C. Proscópio e Santa Mariana  
19/08: levar pacientes em Londrina  
20/08: levar pacientes em C. Proscópio e Santa Mariana  
24/08: levar pacientes em Londrina  
26/08: levar paciente em Curitiba  
31/08: levar pacientes em Londrina  
01/09: levar pacientes em C. Proscópio e Santa Mariana  
02/09: levar pacientes em Londrina  
03/09: levar pacientes em C. Proscópio  
04/09: levar pacientes em Londrina e Arapongas  
08/09: levar pacientes em Curitiba e Campina Grande do Sul



**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