



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.215/2020.**

**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:**VALDECIR DE JESUS

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:**556.662.809-53

**LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:**

Transporte de pacientes à cidades de Cornélio Procópio , Santa Mariana e Curitiba.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 445,00 (quatrocentos e quarenta e cinco reais)

\_\_\_\_\_  
Valdecir de Jesus

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 26/10/2020.

\_\_\_\_\_  
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\$ 445,00 referente à concessão de diária(s), no período de 13/10/2020 a 23/10/2020 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº.....para a conta corrente do solicitante com o nº. 12.727-1, 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



NUMERO DIÁRIA: 219/2020

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

MOTORISTA	Naldes de Jesus									
DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA		
13.10.2020 6.30	14.10.2020 15.30	10.00	40.00	613041	613216	ASD 7351 BCW3F15	Cornelio Resignat e Cornelio Clinicas	Naldes		
15.10.2020 6.30	15.10.2020 16.30	11.00	40.00	36192	36338	ASD 7351	Cornelio e STA moriana	Naldes		
16.10.2020 6.30	16.10.2020 16.40	10.30	40.00	613377	613573	ASD 7351	Cornelio e Bendesante	Naldes		
18.10.2020 11.00	18.10.2020 2.00	13.00	12.5	115974	32374	BS1 2219 ASD 7351	Curitiba	Naldes		
19.10.2020 5.30	19.10.2020 17.00	12.30	40.00	613573	613734	ASD 7351	Cornelio Profissional e Cornelio Sta moriana	Naldes		
20.10.2020 6.30	20.10.2020 16.00	10.30	40.00	36338	36520	BCW3F15	Cornelio e Sta Moriana	Naldes		
21.10.2020 6.30	21.10.2020 16.00	10.30	40.00	36520	36685	BCW3F15	Cornelio e STA moriana	Naldes		
22.10.2020 6.30	22.10.2020 16.00	10.30	40.00	61334	613878	ASD 7351	Cornelio Resignat e Cornelio Clinicas	Naldes		
23.10.2020 6.30	23.10.2020 16.30	10.30	40.00	613578	614020	ASD 7351	Cornelio Resignat e Cornelio Clinicas	Naldes		
			44500							





q

**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);

*Aldecir de Jesus*

Assinatura do Servidor Beneficiário