



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias N.º. 222/2020.**

**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** JOSE CARLOS PEREIRA FILHO

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 625.959.209-44

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

Transporte de pacientes às cidades Londrina, Campina Grande do Sul, Arapongas e Cornélio Procopio .

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$810,00 (oitocentos e dez reais)

\_\_\_\_\_  
José Carlos Pereira Filho

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 04/11/2020.

\_\_\_\_\_  
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\$ 810,00 referente à concessão de diária(s), no período de 14/10/2020 a 04/11/2020, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com n.º..... para a conta corrente do solicitante com o n.º. 95292-3, da agência n.º.0717;

\_\_\_\_\_  
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: 202/2020

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

MOTORISTA: JOSÉ CARLOS FERREIRA FILHO

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
14.10.2020 10:45	14.10.2020 20:30	9:15	4000	134288	134566	BC12218	LONDRINA	f
15.10.2020 04:30	15.10.2020 17:00	12:30	8000	90368	90639	BDF4419	LONDRINA	f
16.10.2020 05:40	16.10.2020 14:00	8:20	4000	115301	115601	BC12219	LONDRINA	f
19.10.2020 23:30	20.10.2020 18:20	19:50	12500	90967	91762	BDF4419	CAMPINAS GRANDE DO SUL	f
22.10.2020 05:00	22.10.2020 12:30	13:30	8000	238918	239263	AZL8135	ARAPOGAS	f
23.10.2020 05:00	23.10.2020 17:40	12:40	8000	239263	239514	AZL8135	LONDRINA	f
24.10.2020 07:00	24.10.2020 13:40	06:40	4000	117779	117913	BC12219	CORNÉLIO PROCOPIO	f
25.10.2020 06:00	25.10.2020 12:30	06:30	4000	137278	137540	BC12218	LONDRINA	f
26.10.2020 04:30	26.10.2020 18:20	13:50	8000	326752	327029	BAC7824	LONDRINA	f
27.10.2020 23:30	28.10.2020 17:30	18:00	12500	112420	113224	BC12212	CAMPINAS GRANDE DO SUL	f
30.10.2020 06:00	30.10.2020 13:20	7:20	4000	248502	248370	AZM9242	LONDRINA	f
04.11.2020 06:00	04.11.2020 13:30	7:30	4000	128690	128825	BGV7893	CORNÉLIO PROCOPIO	f

81000



**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**

Transporte de pacientes para seguintes Cidades:  
Londrina; Campinas Grande do Sul; Arapongas;  
Cornélio Procopio.



**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