



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.243/2020.

Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: JOSE CARLOS RODRIGUES RIBEIRO

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 040.441.949-63

LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Transporte de pacientes à cidades Cornélio Procópio.

VALOR DA DIÁRIA – R\$440,00 (Quatrocentos e quarenta reais)

José Carlos Rodrigues Ribeiro

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 27/11/2020.

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\$ 440,00 referente à concessão de diária(s), no período de 06/11/2020 a 27/11/2020, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 21.498-1, da agência nº.0652-1;

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: 243/2020

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

MOTORISTA: José Carlos Rodrigues Ribeiro

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
6-11-2020 3:30 h	6-11-2020 10:30 h	7:00h	40,00	69460	69591	BCL.9476	Comêlio Hemodialise	[Assinatura]
9-11-2020 3:30 h	9-11-2020 10:30 h	7:00h	40,00	69591	69721	BCL.9476	Comêlio Hemodialise	[Assinatura]
11-11-2020 3:30 h	11-11-2020 10:30 h	7:00h	40,00	69721	69851	BCL.9476	Comêlio Hemodialise	[Assinatura]
13-11-2020 3:30 h	13-11-2020 10:30 h	7:00h	40,00	69851	69981	BCL.9476	Comêlio Hemodialise	[Assinatura]
16-11-2020 3:30 h	16-11-2020 10:30 h	7:00h	40,00	69981	70113	BCL.9476	Comêlio Hemodialise	[Assinatura]
18-11-2020 3:30 h	18-11-2020 10:30 h	7:00h	40,00	70113	70244	BCL.9476	Comêlio Hemodialise	[Assinatura]
20-11-2020 3:30 h	20-11-2020 10:30 h	7:00h	40,00	70244	70375	BCL.9476	Comêlio Hemodialise	[Assinatura]
23-11-2020 3:30 h	23-11-2020 10:30 h	7:00h	40,00	70375	70505	BCL.9476	Comêlio Hemodialise	[Assinatura]
25-11-2020 3:30 h	25-11-2020 10:30 h	7:00h	40,00	70505	70636	BCL.9476	Comêlio Hemodialise	[Assinatura]
26-11-2020 9:00 h	26-11-2020 15:30 h	6:30h	40,00	70636	70765	BCL.9476	Comêlio H.O. Nasser	[Assinatura]
27-11-2020 3:30 h	27-11-2020 10:30 h	7:00h	40,00	70765	70896	BCL.9476	Comêlio Hemodialise	[Assinatura]

R\$ 440,00



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

6-11-2020 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise
9-11-2020 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise
11-11-2020 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise
13-11-2020 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise
16-11-2020 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise
18-11-2020 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise
20-11-2020 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise
23-11-2020 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise
25-11-2020 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise
26-11-2020 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Exames
27-11-2020 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise



4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias:

Valor total das Diárias:

Valor a Restituir:

5. LOCOMOÇÃO

Veículo:

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);

José Carlos Rodrigues Ribeiro

Assinatura do Servidor Beneficiário