



Processo Administrativo de Concessão de Diárias N.º. 257/2020.
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 Londrina, Curitiba, Campina Grande do Sul e Arapongas.

VALOR DA DIÁRIA – R\$985,00(oitocentos e sessentareais)

João Batista de Oliveira

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 08/12/2020.

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\$985,00 referente à concessão de diária(s), no período de 20/10/2020, à 18/11/2020conforme 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



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

NUMERO DIÁRIA: 25112020

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

MOTORISTA

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
20/10/2020 4:00	20/10/2020 18:30	14:30	80	32551	32834	BC0 9912	Londrina	<i>[Signature]</i>
21/10/2020 9:00	21/10/2020 18:00	9	40	117106	117372	BC1 2219	Londrina	<i>[Signature]</i>
23/10/2020 12:00	24/10/2020 1:45	13:45	125	92466	93280	BDF 4419	Curitiba Camp Grande do Sul	<i>[Signature]</i>
26/10/2020 6:45	26/10/2020 18:25	11:40	40	137540	137873	BC1 2218	Arapongas	<i>[Signature]</i>
28/10/2020 3:30	28/10/2020 20:40	17:10	80	327029	327388	B4C 7824	Londrina Arapongas	<i>[Signature]</i>
29/10/2020 19:30	30/10/2020 6:40	11:10	125	139153	139903	BC1 2218	Curitiba	<i>[Signature]</i>
03/11/2020 4:00	03/11/2020 21:55	17:55	125	113859	114686	BC1 2232	Camp Grande do Sul	<i>[Signature]</i>
05/11/2020 4:30	05/11/2020 18:15	13:45	80	95462	95804	BDF 4419	Londrina Arapongas	<i>[Signature]</i>
09/11/2020 2:00	09/11/2020 18:25	15:45	125	115344	116176	BC1 2232	Campina Grande do Sul	<i>[Signature]</i>
13/11/2020 4:30	13/11/2020 16:00	11:30	40	34315	34601	BC0 9912	Londrina	<i>[Signature]</i>
18/11/2020 5:00	18/11/2020 20:40	15:40	125	117455	118237	BC1 2232	Curitiba	<i>[Signature]</i>
		R\$ 985,00						



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

20/10 = Levar pacientes para atendimento médico em Londrina
21/10 = Levar paciente atendimento I.C.L
23/10 = Levar pacientes em Curitiba e Campina Grande do Sul
26/10 = Levar pacientes em Arapongas H.O.U.P.A.
28/10 = Levar pacientes em Londrina e Arapongas
29/10 = Levar paciente p internamento em Curitiba H.U. So das Graças
03/11 = Levar paciente em Camp Grande do Sul H. Angelina Caron
05/11 = Levar pacientes em Londrina e Arapongas
09/11 = Levar pacientes em Campina Grande do Sul H. Angelina Caron
13/11 = Levar pacientes em Londrina
18/11 = Levar pacientes em Curitiba H.C. Pequeno Príncipe



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