



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 271/2020.**  
**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, Arapongas, Campo Largo e Campina Grande do Sul.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$570,00(quinhetos e setenta )

\_\_\_\_\_  
João Batista de Oliveira

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 18/12/2020.

\_\_\_\_\_  
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\$570,00 referente à concessão de diária(s), no período de 23/11/2020, à 16/12/2020conforme 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: 271/2020

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIAS DE MOTORISTAS

MOTORISTA

*Gláucia B. Oliveira*

| DATA/HORA SAÍDA | DATA/HORA CHEGADA | TOTAL HORA | VALOR DIÁRIA      | SAÍDA KM | CHEGADA KM | PLACA    | DESTINO/JUSTIFICATIVA             | ASSINATURA         |
|-----------------|-------------------|------------|-------------------|----------|------------|----------|-----------------------------------|--------------------|
| 03/12/2020 3:36 | 03/12/2020 19:55  | 16:15      | 80                | 330025   | 330402     | BAC 7824 | Londrina Arapongas                | <i>[Signature]</i> |
| 03/12/2020 1:00 | 03/12/2020 16:30  | 15:30      | 125               | 126603   | 127335     | Bci 2219 | Campo Largo                       | <i>[Signature]</i> |
| 03/12/2020 4:30 | 03/12/2020 19:10  | 14:40      | 80                | 331839   | 332204     | BAC 7824 | Londrina Arapongas                | <i>[Signature]</i> |
| 11/12/2020 4:00 | 11/12/2020 21:00  | 17         | 125               | 102139   | 102953     | BDF 4H19 | Campo Largo - Camp. Grande do Sul | <i>[Signature]</i> |
| 15/12/2020 4:30 | 15/12/2020 18:55  | 14:25      | 80                | 333815   | 334216     | BAC 7824 | Londrina                          | <i>[Signature]</i> |
| 16/12/2020 4:45 | 16/12/2020 22:15  | 17:30      | 80                | 242736   | 243024     | AZL 8175 | Londrina                          | <i>[Signature]</i> |
|                 |                   |            | <u>R\$ 570,00</u> |          |            |          |                                   |                    |



**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**

23/11 = Levar pacientes em Londrina e Arapongas  
01/12 = Levar paciente H. Infantil em Campo Largo  
03/12 = Levar pacientes em Londrina e Arapongas  
11/12 = Levar pacientes em Campo Largo e Camp. Grande do Sul  
15/12 = Levar pacientes em Londrina  
16/12 = Levar pacientes em Londrina



**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