



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias N°04/2021.**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:**JOÃO GALDINO

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:**650.803.009-49

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

Transporte de pacientes às cidades de Londrina e Curitiba.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$446,00(quatrocentos e quarenta e seis reais)

\_\_\_\_\_  
João Galdino

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em 08/01/2021.

\_\_\_\_\_  
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.

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
Ordenadora de Despesas

**CONCESSÃO**

Concedo diárias solicitadas, conforme relatório do supervisor em anexo. Requisite-se e pague(m)-se;

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$ 446,00 referente à concessão de diária(s), no período de 15/12/2020 a 07/01/2021, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 12.756-0, da agência nº.3882;

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
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.

\_\_\_\_\_  
Adilson Martins Inácio



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

04/2021

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

15/12/20 = Londrina Transporte de Paciente  
18/12/20 = Londrina Transporte de Paciente  
22/12/20 = Londrina Transporte de Paciente  
30/12/20 = Londrina Transporte de Paciente  
31/12/20 = Londrina Transporte de Paciente  
07/10/21 = Curitiba Transporte de Paciente

*J. Baldina*



**PREFEITURA DE**  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**  
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

NUMERO DIÁRIA:

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

MOTORISTA

*Ygor Jordane* 04/2021

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
15-12-20	15-12-20	10h	40,00	119.982	120.250	RL1.2232	Sondagem Tom. Pericardio	<i>[Assinatura]</i>
16-12-20	16-12-20	10h	40,00	120.555	121.126	RL1.2232	Sondagem Tom. Pericardio	<i>[Assinatura]</i>
17-12-20	17-12-20	15h	80,00	104.731	105.041	BDE4419	Sondagem Tom. Pericardio	<i>[Assinatura]</i>
18-12-20	18-12-20	8h	40,00	135.712	135.977	RL1.2232	Sondagem Tom. Pericardio	<i>[Assinatura]</i>
19-12-20	19-12-20	13h	80,00	106.145	106.423	BDE4419	Sondagem Tom. Pericardio	<i>[Assinatura]</i>
20-12-20	20-12-20	15h	60,00	156.443	157.221	RL1.2232	Sondagem Tom. Pericardio	<i>[Assinatura]</i>
			440,00					



q

**4. VALOR SOLICITADO:**

04/2021

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 pública ou o serviço prestado, se for o caso;**

(colar em folhas anexadas este relatório);

Assinatura do Servidor Beneficiário