



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias N°38/2021.**  
**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 Cornélio Procópio, Maringá, Uraí, Londrina, Rolândia, Araçongas, Jandaia do Sul, Curitiba e Campina Grande do Sul.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$515,00(quinhetos e quinze reais)

\_\_\_\_\_  
João Galdino

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em 17/02/2021.

\_\_\_\_\_  
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\$ 515,00 referente à concessão de diária(s), no período de 03/02/2021 a 15/02/2021, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com n°..... para a conta corrente do solicitante com o n°. 12.756-0, da agência n°.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.

\_\_\_\_\_  
Evelyn Moraes Oliveira Pulcinelli



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

Secretaria Municipal de Saúde

NUMERO DIÁRIA: 3812021

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

MOTORISTA: Jairo Polakine

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
03=02=27	05=02=27	8 h	4000	12.825	12.970	B1A5A22	Car. Matéria para laboratório	[Assinatura]
05=02=27	14:00 h	8 h	4000	214	011	BE19H22	Moimim, Tomu, B. de...	[Assinatura]
05=02=27	21:30 h	13 h	4000	214	011	BE19H22	Moimim, Tomu, B. de...	[Assinatura]
05=02=27	09=02=27	8 h	4000	114030	114226	B81-853	Novi Tomu, B. de...	[Assinatura]
05=02=27	10=02=27	8 h	4000	257.292	257.571	A2M-982	Tronduira, Nova Be...	[Assinatura]
10=02=27	11:30 h	8 h	4000	257.292	257.571	A2M-982	Tronduira, Nova Be...	[Assinatura]
10=02=27	19:30 h	15 h	18500	46.630	77.071	BCL 9476	Itom + Kalon + Anga + Jon. S. L. P.	[Assinatura]
15=02=27	15=02=27	14 h	14500	134.910	135.712	BCL 12932	Quilômetro + e. de S. de...	[Assinatura]
05=02=27	20:00 h	14 h	51500					[Assinatura]



**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**

03/02/21 = Cornélio Mesquita transporte de paciente  
05/02/21 = moringa transporte de paciente  
09/02/21 = Uai transporte de paciente  
10/02/21 = Sandra transporte  
11/02/21 = Don. + Rabm. + Anapaz. + Jorginho do Sul Trans. Paciente  
15/02/21 = Américo + C. B. do Sul Trans. Paciente

*Galdino*



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