



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

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias N.º.152/2021.**

**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:**Edivaldo Adriano da Veiga

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:**019.780.439-02

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

Transporte de pacientes às cidades Cornélio Procópio e Santa Mariana .

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 400,00(quatrocentos reais)

\_\_\_\_\_  
Edivaldo Adriano da Veiga

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 15/06/2021.

\_\_\_\_\_  
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\$400,00referente à concessão de diária(s), no período de 01/06/2021 à 15/06/2021 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com n.º.....para a conta corrente do solicitante com o n.º. 62560-4, da agência n.º.0717;

\_\_\_\_\_  
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

NUMERO DIÁRIA: 152/2021

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

MOTORISTA: *Edinaldo Adriano da Teiga*

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
02/06/21 5:30	02/06/21 7:50	9:30h	4000	34625	346269	RA27824	Cornélio/Grinas	<i>[Assinatura]</i>
02/06/21 5:30	02/06/21 7:50	9:30h	4000	55092	55292	RA27824	Cornélio/Grinas	<i>[Assinatura]</i>
04/06/21 5:30	04/06/21 7:50	9:30h	4000	346597	346750	RA27824	Cornélio/Grinas	<i>[Assinatura]</i>
07/06/21 5:30	07/06/21 7:50	9:30h	4000	346750	346909	RA27824	Cornélio/Grinas	<i>[Assinatura]</i>
08/06/21 5:30	08/06/21 7:50	9:30h	4000	55292	55500	RA27824	Cornélio/Grinas	<i>[Assinatura]</i>
09/06/21 5:30	09/06/21 7:50	9:30h	4000	346909	347055	RA27824	Cornélio/Grinas	<i>[Assinatura]</i>
10/06/21 5:30	10/06/21 7:50	9:30h	4000	347055	347204	RA27824	Cornélio/Grinas	<i>[Assinatura]</i>
11/06/21 5:30	11/06/21 7:50	9:30h	4000	347204	347352	RA27824	Cornélio/Grinas	<i>[Assinatura]</i>
12/06/21 5:30	12/06/21 7:50	9:30h	4000	55500	55642	RA27824	Cornélio/Grinas	<i>[Assinatura]</i>
13/06/21 5:30	13/06/21 7:50	9:30h	4000	55642	55827	RA27824	Cornélio/Grinas	<i>[Assinatura]</i>
			40000					



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

01/06/21 - Cornélio levar pacientes para Consultas e exames
02/06/21 - Cornélio - Srª Mariana - levar pacientes
04/06/21 - Cornélio - levar pacientes para Consultas e exames
07/06/21 - Cornélio - levar pacientes para Consulta, exames
08/06/21 - Cornélio - Srª Mariana - levar pacientes
09/06/21 - Cornélio - Srª Mariana - levar pacientes
10/06/21 - Cornélio - levar pacientes para Consultas e exames
11/06/21 - Cornélio - levar pacientes para Consultas e exames
14/06/21 - Cornélio - levar pacientes para Consultas e exames
15/06/21 - Cornélio - Srª Mariana - levar pacientes para Consultas



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

**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);

*Edinaldo Adriano da Silva*

Assinatura do Servidor Beneficiário