



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.154/2021.**

**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** JOSE CARLOS RODRIGUES RIBEIRO

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 040.441.949-63

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

Transporte de pacientes à cidades Cornélio Procópio e Jacarezinho.

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

\_\_\_\_\_  
José Carlos Rodrigues Ribeiro

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 21/06/2021.

\_\_\_\_\_  
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\$400,00 referente à concessão de diária(s), no período de 31/05/2021 a 18/06/2021, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 21.498-1, da agência nº.0652-1;

\_\_\_\_\_  
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: 154/2021

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

MOTORISTA: José Carlos Rodrigues Rêumo

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
31-5-2021 3:30 h	31-5-2021 11:00 h	7:30h	4900	85744	85881	BCI-9476	Emergência Hemodialise	[Assinatura]
2-6-2021 3:30 h	2-6-2021 11:00 h	7:30h	4900	18346	19079	BCP-2682	Emergência Hemodialise	[Assinatura]
4-6-2021 3:30 h	4-6-2021 11:00 h	7:30h	4900	85881	86021	BCI-9476	Emergência Hemodialise	[Assinatura]
7-6-2021 3:30 h	7-6-2021 11:00 h	7:30h	4900	86021	86158	BCI-9476	Emergência Hemodialise	[Assinatura]
9-6-2021 3:30 h	9-6-2021 11:00 h	7:30h	4900	19079	19212	BCP-2682	Emergência Hemodialise	[Assinatura]
11-6-2021 3:30 h	11-6-2021 11:00 h	7:30h	4900	86158	86238	BCI-9476	Emergência Hemodialise	[Assinatura]
14-6-2021 3:30 h	14-6-2021 11:00 h	7:30h	4900	86238	86434	BCI-9476	Emergência Hemodialise	[Assinatura]
16-6-2021 3:30 h	16-6-2021 11:00 h	7:30h	4900	19212	19343	BCP-2682	Emergência Hemodialise	[Assinatura]
17-6-2021 5:00 h	17-6-2021 11:45 h	6:45h	4900	165910	166041	BCI-2232	pacarigandu H.O	[Assinatura]
18-6-2021 3:30 h	18-6-2021 11:00 h	7:30h	4900	86434	86572	BCI-9476	Emergência Hemodialise	[Assinatura]
		R\$	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

31-5-2021 - Cornélio - Sever Pacientes p/ Hemodialise  
2-6-2021 - Cornélio - Sever Pacientes p/ Hemodialise  
4-6-2021 - Cornélio - Sever Pacientes p/ Hemodialise  
7-6-2021 - Cornélio - Sever Pacientes p/ Hemodialise  
9-6-2021 - Cornélio - Sever Pacientes p/ Hemodialise  
11-6-2021 - Cornélio - Sever Pacientes p/ Hemodialise  
14-6-2021 - Cornélio - Sever Pacientes p/ Hemodialise  
16-6-2021 - Cornélio - Sever Pacientes p/ Hemodialise  
17-6-2021 - Jacarizinho - Sever Paciente p/ Cirurgia  
18-6-2021 - Cornélio - Sever Pacientes p/ Hemodialise



**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);

*José Carlos Rodrigues Ribeiro*

Assinatura do Servidor Beneficiário