



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº183/2021.

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 Curitiba , Londrina, Cornélio Procópio .

VALOR DA DIÁRIA – R\$592,00 (quinhentos noventa e dois reais)

João Galdino

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em 30/07/2021.

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\$592,00 referente à concessão de diária(s), no período de 19/07/2021 a 30/07/2021, 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.

Evelyn Moraes Oliveira Pulcinelli



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

Secretaria Municipal de Saúde

NUMERO DIÁRIA: 183/2021

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

MOTORISTA

[Handwritten signature]

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
18=07=21	19=07=21	1h	13,500	915	206-128	BC1.2018	Car. Vit. de 1.6.51	<i>[Signature]</i>
05=00=21	07=00=21	2h	27,000	501	307-899	BE1.2018	Car. Vit. de 1.6.51	<i>[Signature]</i>
07=00=21	08=00=21	1h	13,500	501	307-899	BE1.2018	Car. Vit. de 1.6.51	<i>[Signature]</i>
05=07=21	06=07=21	1h	13,500	773	157-006	BB1.1893	Car. Vit. de 1.6.51	<i>[Signature]</i>
05=30=21	06=30=21	1h	13,500	773	157-006	BB1.1893	Car. Vit. de 1.6.51	<i>[Signature]</i>
03=07=21	04=07=21	1h	13,500	446	130-785	BD1.1119	Car. Vit. de 1.6.51	<i>[Signature]</i>
04=00=21	05=00=21	1h	13,500	446	130-785	BD1.1119	Car. Vit. de 1.6.51	<i>[Signature]</i>
07=02=21	08=02=21	1h	13,500	745	148-518	BE1.2019	Car. Vit. de 1.6.51	<i>[Signature]</i>
00=50=21	01=00=21	1h	13,500	745	148-518	BE1.2019	Car. Vit. de 1.6.51	<i>[Signature]</i>
07=20=21	08=00=21	1h	13,500	788	211-074	BE1.2019	Car. Vit. de 1.6.51	<i>[Signature]</i>
07=30=21	08=00=21	1h	13,500	788	211-074	BE1.2019	Car. Vit. de 1.6.51	<i>[Signature]</i>
			59,800					



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

19/07/21 = Curitiba - Campina Grande Sul para Paciente
21/07/21 = Londrina Transporte de Paciente
22/07/21 = Cornélio Procopio Transporte de Paciente
23/07/21 = Londrina Transporte de Paciente
24/07/21 = Curitiba Transporte de Paciente
29/07/21 = Londrina Transporte de Paciente

[Handwritten signature]



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