



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.298/2021.**

**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:**JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:**881.902.349-00

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

Transporte de pacientes às cidades de Curitiba, Londrina, Araçongas, Jacarezinho à tratamento de saúde.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$895,00 (oitocentos e noventa e cinco reais)

\_\_\_\_\_  
João Batista de Oliveira

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 13/10/2021.

\_\_\_\_\_  
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\$895,00 referente à concessão de diária(s), no período de 01/09/2021, à 07/10/2021 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº.....para a conta corrente do solicitante com o nº. 03281-0, 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



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

298/2021

MOTORISTA João B. Oliveira

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA	
01/09/2021 2:00	01/09/2021 18:00	16	125	185324	186088	BCI 2219	Curitiba	[Assinatura]	
08/09/2021 4:30	08/09/2021 19:30	15	80	921111	92481	BCL 9476	Londrina-Arapongas	[Assinatura]	
15/09/2021 15:30	15/09/2021 22:15	6.45	40	198543	198793	BBV 7893	Londrina	[Assinatura]	
17/09/2021 4:30	17/09/2021 17:30	13	80	136460	136809	BDF 4H19	Londrina-Arapongas	[Assinatura]	
20/09/2021 4:40	20/09/2021 12:30	7.50	40	291886	292143	AZM 9642	Londrina	[Assinatura]	
23/09/2021 11:00	23/09/2021 19:40	18.40	125	222881	223656	BCI 2218	Curitiba	[Assinatura]	
28/09/2021 4:30	28/09/2021 21:25	16.55	80	93457	93825	BCL 9476	Londrina-Arapongas	[Assinatura]	
30/09/2021 4:45	30/09/2021 12:25	7.40	40	224708	224863	BCI 2218	Jacaretinga	[Assinatura]	
01/10/2021 2:00	01/10/2021 18:40	16.40	125	190514	191188	BCI 2219	Curitiba	[Assinatura]	
05/10/2021 4:30	05/10/2021 21:40	17.10	80	364528	364889	BAC 7824	Londrina-Arapongas	[Assinatura]	
07/10/2021 4:30	07/10/2021 19:00	15	80	94620	94948	BCL 9476	Londrina	[Assinatura]	
			R\$895.00						



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: 298/2021

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Destino:  
Data de Saída: Hora da Saída:  
Data de Chegada: Hora da Chegada:

3. JUSTIFICATIVA

03/09/2021 = Levar pacientes para Curitiba  
08/09/2021 = Levar pacientes em Londrina e Arapongas  
15/09/2021 = Levar pacientes em Londrina  
17/09/2021 = Levar pacientes em Londrina e Arapongas  
20/09/2021 = Levar pacientes em Londrina ICL  
23/09/2021 = Levar pacientes em Campo Largo e Curitiba  
28/09/2021 = Levar pacientes em Londrina e Arapongas  
30/09/2021 = Levar pacientes em Jacareizinho  
01/10/2021 = Levar pacientes em Curitiba  
05/10/2021 = Levar pacientes em Londrina e Arapongas  
07/10/2021 = Levar pacientes em Londrina





**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);

Assinatura do Servidor Beneficiário