



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.220/2020.
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: NORACI DA SILVA VELANI
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE
CPF: 573.833.329-20
LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:
Transporte de pacientes às cidades Londrina, Arapongas , Maringa, Jandaia do Sul, Cornélio Procopio e Jacarezinho
VALOR DA DIÁRIA – R\$ 760,00(setecentos e sessenta reais)

Noraci da Silva Velani

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº _____;
Em, 03/11/2020.

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.

Vanderlene Silveira de Rezende
Ordenadora de Despesas

CONCESSÃO

Concedo diárias solicitadas, conforme relatório do supervisor em anexo. Requisite-se e pague(m)-se;

Wagner Luiz de Oliveira Martins
Prefeito Municipal

PAGAMENTO / RECEBIMENTO

Paga a importância de R\$ 760,00 referente à concessão de diária(s), no período de 23/09/2020 a 29/10/2020, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº.....para a conta corrente do solicitante com o nº. 003860, da agência nº.3882.

Vanderlene Silveira de Rezende
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: 220/2020

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

MOTORISTA: *Renato da S. Almeida*

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
23-09-20	23-09-20							
03:30	17:40	14:10	80,00	85,880	85,683	BD74419	Tempo para Rond. Camp e Maracajá	<i>[Signature]</i>
25-09-20	15-09-20							
04:30	17:00	12:30	80,00	85,928	86,352	n n	Tempo para Rond. Jardim Itália	<i>[Signature]</i>
28-09-20	28-09-20							
06:30	15:30	09:00	40,00	61,9510	61,2051	AB07351	Tempo para C. Parque Municipal	<i>[Signature]</i>
02-10-20	02-10-20							
04:30	20:00	15:30	80,00	87,598	87,915	BD74419	Tempo para Rond. Jardim Itália	<i>[Signature]</i>
05-10-20	05-10-20							
06:30	15:30	09:00	40,00	36,040	36,192	BDW3215	Tempo para C. Parque Camp	<i>[Signature]</i>
15-10-20	15-10-20							
04:30	18:00	13:30	80,00	32,594	32,309	BAE2824	Tempo para Rond. Jardim Itália	<i>[Signature]</i>
16-10-20	16-10-20							
04:30	19:30	15:00	80,00	32,629	32,6752	BAE7624	Tempo para Rond. Jardim Itália	<i>[Signature]</i>
30-10-20	30-10-20							
05:00	14:45	09:45	40,00	11,158	11,315	BEI2232	Tempo para Parque Infantil H.O.	<i>[Signature]</i>
21-10-20	21-10-20							
04:30	17:30	13:00	80,00	25,762	22,164	BD74419	Tempo para Rond. Parque	<i>[Signature]</i>
23-10-20	23-10-20							
05:00	12:20	07:20	40,00	13,6285	13,278	BEI2218	Tempo para Rond. H. Serrão e H.O.	<i>[Signature]</i>
27-10-20	27-10-20							
04:30	17:00	12:30	80,00	94,083	94,364	BD74419	Tempo para Rond. H. Serrão	<i>[Signature]</i>
29-10-20								
10:00	18:00	08:00	40,00	127,739	128,061	ABU7838	Tempo para Camp. Campos	<i>[Signature]</i>

= 40,00



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: 573.823.329-20
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

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

3. JUSTIFICATIVA

01 = 25-09-20 => Diária para o p/ Sond, Corp e Mensagem.
02 = 25-09-20 => Diária para o p/ Sond e Jardim do Sul.
03 = 28-09-20 => Diária para o p/ C. Recepção e Labor. Clínicas.
04 = 02-10-20 => Diária para o p/ Sond Social e H. Cancer.
05 = 05-10-20 => Diária para o p/ Recepção Clínica.
06 = 15-10-20 => Diária para o p/ Londrina H. Cancer e Clínicas.
07 = 16-10-20 => Diária para o p/ Sond e Jardim do Sul.
08 = 20-10-20 => Diária para o p/ Laboratório HC.
09 = 21-10-20 => Diária para o p/ Sond e Congregação.
10 = 23-10-20 => Diária para o p/ Sond H. Cancer e HU.
11 = 27-10-20 => Diária para o p/ Sond H. Cancer.
12 = 29-10-20 => Diária para o p/ Congregação Hermanos.



4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:	
Valor Unitário das Diárias:	Valor a Restituir:
Valor total das Diárias:	

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: <i>Diversos</i>	Placa: <i>Diversos</i>
Frota: <i>Diversos</i>	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