



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.146/2021.
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 de Londrina, Jandaia do Sul, Barretos, Cambé.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 645,00(seiscentos quarenta e cinco reais)

Noraci da Silva Velani

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 02/06/2021

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\$645,00 referente à concessão de diária(s), no período de 30/04/2021 a 28/05/2021 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.

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: 546/2021

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

MOTORISTA: *Nome de S. Oliveira*

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
30-04-21	30-04-21							
04:30	18:00	13:30	80,00	46,845	46,515	8009812	Sempre para Rond. Higienização	<i>[Signature]</i>
04-05-21	04-05-21							
04:30	18:00	13:30	80,00	84,022	84,389	8018476	Sempre para Rond. Campesinato	<i>[Signature]</i>
07-05-21	07-05-21							
02:00	14:40	02:40	40,00	23,144	23,1833	4216944	Sempre para Rond. de São João	<i>[Signature]</i>
14-05-21	14-05-21							
00:30	17:30	17:00	120,00	160,680	161,625	8012819	Sempre para Rond. de São João	<i>[Signature]</i>
13-05-21	13-05-21							
04:30	17:00	12:30	80,00	53,820	54,126	8013515	Sempre para Rond. de São João	<i>[Signature]</i>
18-05-21	18-05-21							
04:30	16:45	12:00	80,00	122,612	122,895	8014439	Sempre para Rond. de São João	<i>[Signature]</i>
18-05-21	18-05-21							
05:30	18:30	13:00	80,00	122,735	123,076	8012218	Sempre para Rond. de São João	<i>[Signature]</i>
27-05-21	27-05-21							
08:00	18:00	10:00	40,00	46,828	47,506	8009812	Sempre para Rond. de São João	<i>[Signature]</i>
28-05-21	28-05-21							
13:00	18:30	05:30	40,00	247,035	247,288	421 8173	Sempre para Rond. de São João	<i>[Signature]</i>
			80415,00					



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: 573.833.329-20

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Destino: *Planos*

Data de Saída:

Hora da Saída:

Data de Chegada:

Hora da Chegada:

3. JUSTIFICATIVA

1º = 30/04/21 => Transporte de pacientes Sord H. Cancer e Clinica.
2º = 04/05/21 => Transp. paciente Sordina e Crespo.
3º = 07/05/21 => Transp. pacientes p/ Jandira do Sul Corred.
4º = 11/05/21 => Transp. paciente p/ Barreiros S/P H. Cancer.
5º = 13/05/21 => Transp. de pacientes Sordina e Crespo.
6º = 18/05/21 => Transp. de paciente Sord H. Cancer e Clinica.
7º = 19/05/21 => Transp. de paciente Sord H.O. e H. Infantil.
8º = 27/05/21 => Transp. de paciente Sord H.O. e H. Cancer.
9º = 28/05/21 => Enterroamento H. Clangilo. Sordina.



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

q

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias:

Valor a Restituir:

Valor total das Diárias:

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: *Carro*

Placa: *Ribeirão*

Frota: *Saúde*

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