



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 286/2019.
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: ISRAEL BARCELOS DE REZENDE

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 074.537.008-09

LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Transporte de paciente às cidades de Jacarezinho, Cornélio Procópio, Londrina, Arapongas, e Jacarezinho.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 760,00(Setecentos e sessenta reais)

Israel Barcelos de Rezende

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 07/10/2019.

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 23/09/2019 a 07/10/2019 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 18.565-5, da agência nº.0652-1;

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.

Júlio César Pinheiro



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

Numero diária: 286/2019

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

MOTORISTA: *Erivelton Bueches de Resende*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
23/09/19 5:00	23/09/19 18:00	13:00	80100	48723	48922	BEI 2232	Paragaito Ho	<i>[Signature]</i>
24/09/19 6:00	24/09/19 16:30	10:30	40100	74407	74666	380	Paragaito Ho + Hosp. Sta. Isaura	<i>[Signature]</i>
25/09/19 6:00	25/09/19 15:30	9:30	80100	592083	592457	430 4357	Paragaito + Hosp. Sta. Isaura	<i>[Signature]</i>
26/09/19 6:00	26/09/19 16:00	10:00	74666	74666	74721	3843	Paragaito + Hosp. Sta. Isaura	<i>[Signature]</i>
27/09/19 7:00	27/09/19 14:30	7:30	80100	41202	41494	3843	Paragaito Hosp. Sta. Isaura	<i>[Signature]</i>
28/09/19 7:00	28/09/19 16:00	9:00	49002	49089	49234	BEI 2232	Paragaito Hosp. Sta. Isaura	<i>[Signature]</i>
29/09/19 4:30	29/09/19 11:30	7:00	80100	492457	492768	430 4357	Paragaito Hosp. Sta. Isaura	<i>[Signature]</i>
01/10/19 5:00	01/10/19 13:00	8:00	40100	78277	78404	130F 4479	Paragaito Ho	<i>[Signature]</i>
02/10/19 5:00	02/10/19 12:30	7:30	80100	62830	63215	BEI 2232	Paragaito Hosp. Sta. Isaura	<i>[Signature]</i>
03/10/19 4:30	03/10/19 16:00	11:30	80100	593402	593753	430 4357	Paragaito Hosp. Sta. Isaura	<i>[Signature]</i>
04/10/19 5:00	04/10/19 18:00	13:00	80100	49363	49770	BEI 2232	Paragaito Hosp. Sta. Isaura	<i>[Signature]</i>
04/10/19 6:30	04/10/19 13:30	7:00	40100	64036	64794	BEI 2232	Paragaito Hosp. Sta. Isaura	<i>[Signature]</i>

Total = 760100



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO
Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL
Unidade Administrativa: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
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

23/09/17? Jacarezinho HO
24/09/17? Carneiro 2 de ser Santa Rosa
25/09/17? Londrina + Hosp 200
26/09/17? Carneiro 2 de ser. Reg. inst. 13ta. 600
27/09/17? Londrina Varo Hospital
29/09/17? Carneiro Santa Rosa
30/09/17? Londrina H. do Torcui
01/10/17? Jacarezinho HO
02/10/17? Londrina H. do Torcui
03/10/17? Londrina + Hosp 200
04/10/17? Londrina + Hosp 200
07/10/17? Carneiro Regional



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