



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº.2029/2024**  
**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 à cidade de Londrina e Arapongas à tratamento de saúde.  
**Dias:** 19/11, 22/11, 24/11, 26/11, 02/12 e 05/12.  
**Em,** 06 de dezembro de 2024.

\_\_\_\_\_  
ISRAEL BARCELOS DE REZENDE  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.  
Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_  
**Em:** 06 de dezembro de 2024.

\_\_\_\_\_  
Marcelo Corinth  
Contador

**CONCESSÃO**

Concedo 06 diárias de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em:** 06 de dezembro de 2024.

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$750,00** (setecentos e cinquenta reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com o nº. 18.565-5, da agência nº.0652-1.

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
Ordenador 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, tesouraria e/ou contabilidade) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal, anexado o motivo da viagem.

\_\_\_\_\_  
Adilson Martins Inácio  
Assinatura do Responsável



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RIBEIRÃO DO PINHAL – PR  
DIÁRIA DE MOTORISTAS

NÚMERO DIÁRIA: 2029/2024 1

NOME: ISRAEL BARCELOS DE REZENDE

CPF: 074.537.008-09

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
<u>79/11/24</u> <u>04:59</u>	<u>79/11/24</u> <u>20:10</u>	<u>16:11</u>	<u>125,00</u>	<u>61.544</u>	<u>61.966</u>	<u>S.D.V</u> <u>3.A.47</u>	<u>Propenso</u>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte de Paciente e Tratamento de Saúde em Propenso Hon por

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: \_\_\_\_\_

Valor unitário das diárias: 125,00 Valor a restituir: 125,00

Valor total das diárias: 125,00 PRCAIR

- Canhotos, comprovantes das viagens de ônibus ou avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor (anexar);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso (anexar).

ISRAEL BARCELOS DE REZENDE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RIBEIRÃO DO PINHAL – PR  
DIÁRIA DE MOTORISTAS

NÚMERO DIÁRIA: 2029/2024 2

NOME: ISRAEL BARCELOS DE REZENDE

CPF: 074.537.008-09

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
<u>22/11/24</u> <u>04:18</u>	<u>22/11/24</u> <u>18:00</u>	<u>13:42</u>	<u>125,00</u>	<u>100910</u>	<u>101271</u>	<u>S.D.8</u> <u>9.063</u>	<u>Guapongos</u>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte de Paciente p/ Tratamento de Saúde em Guapongos

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: \_\_\_\_\_

Valor unitário das diárias: 725,00 Valor a restituir: 725,00

Valor total das diárias: 725,00 R\$ A.R.

- Canhotos, comprovantes das viagens de ônibus ou avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor (anexar);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso (anexar).

  
ISRAEL BARCELOS DE REZENDE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RIBEIRÃO DO PINHAL – PR  
DIÁRIA DE MOTORISTAS

NÚMERO DIÁRIA: 2029/2024 3  
NOME: ISRAEL BARCELOS DE REZENDE  
CPF: 074.537.008-09

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
<u>24/11/24</u> <u>07:00</u>	<u>24/11/24</u> <u>09:05</u>	<u>130j</u>	<u>125,00</u>	<u>27.330</u>	<u>27.653</u>	<u>S.E.F.</u> <u>4A.72</u>	<u>Proporção</u>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte de Paciente / Tratamento de Saúde em Proporção

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: \_\_\_\_\_  
Valor unitário das diárias: 125,00 Valor a restituir: 125,00  
Valor total das diárias: 125,00 R\$

- Canhotos, comprovantes das viagens de ônibus ou avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor (anexar);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso (anexar).

ISRAEL BARCELOS DE REZENDE



Secretaria Municipal de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RIBEIRÃO DO PINHAL – PR  
DIÁRIA DE MOTORISTAS

NÚMERO DIÁRIA: 2029 / 2024 <sup>4</sup>

NOME: ISRAEL BARCELOS DE REZENDE

CPF: 074.537.008-09

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
<u>26/11/24</u> <u>04:02</u>	<u>26/11/24</u> <u>16:30</u>	<u>12:30</u>	<u>125,00</u>	<u>76.287</u>	<u>76.639</u>	<u>B.e.p</u> <u>2682</u>	<u>Proporção</u>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte de Paciente p/ Tratamento de Saúde em Proporção

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: \_\_\_\_\_

Valor unitário das diárias: 125,00 Valor a restituir: 125,00

Valor total das diárias: 125,00 REAL

- Canhotos, comprovantes das viagens de ônibus ou avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor (anexar);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso (anexar).

  
ISRAEL BARCELOS DE REZENDE



Secretaria Municipal de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RIBEIRÃO DO PINHAL – PR  
DIÁRIA DE MOTORISTAS

NÚMERO DIÁRIA: 2029/2024 5

NOME: ISRAEL BARCELOS DE REZENDE

CPF: 074.537.008-09

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
02/12/24	02/12/24					S.D.8	Tramanda
04:30	22:10	17:40	125,00	103119	103587	S.D.63	Luopongos

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte de Paciente e Tratament. de Saúde em Tramanda e Luopongos

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: \_\_\_\_\_

Valor unitário das diárias: 125,00 Valor a restituir: 125,00

Valor total das diárias: 125,00 R\$ A.R.

- Canhotos, comprovantes das viagens de ônibus ou avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor (anexar);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso (anexar).

ISRAEL BARCELOS DE REZENDE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RIBEIRÃO DO PINHAL – PR  
DIÁRIA DE MOTORISTAS

NÚMERO DIÁRIA: 2029/2024

NOME: ISRAEL BARCELOS DE REZENDE

CPF: 074.537.008-09

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
<u>05/12/24</u> <u>04:20</u>	<u>05/12/24</u> <u>19:00</u>	<u>14:40</u>	<u>125,00</u>	<u>104272</u>	<u>104637</u>	<u>9-D-9</u> <u>9063</u>	<u>Fonches</u> <u>Responso</u>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte de Paciente p/ tratamento de Saúde em Fonches + Responso

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: \_\_\_\_\_

Valor unitário das diárias: 725,00 Valor a restituir: 725,00

Valor total das diárias: 725,00 PGAI 9

- Canhotos, comprovantes das viagens de ônibus ou avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor (anexar);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso (anexar).

ISRAEL BARCELOS DE REZENDE