



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº.24/2025
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 à tratamento de saúde.

Dias: 10/01, 12/01 e 16/01.

Em, 24 de janeiro de 2025.

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: 24 de janeiro de 2025.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 03 diárias de R\$80,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

Em: 24 de janeiro de 2025.

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$240,00** (duzentos e quarenta 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.

Deiziane Rodrigues Escaraber
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

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

NÚMERO DIÁRIA: 27/2025

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>10/01/25</u> <u>05:00</u>	<u>10/01/25</u> <u>17:30</u>	<u>12:30</u>	<u>80100</u>	<u>91382</u>	<u>97659</u>	<u>8E-0</u> <u>8E-28</u>	<u>Condado</u>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte de Popres 10 P/ Tratamento
de Saúde em Condado

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: _____

Valor unitário das diárias: 80100 Valor a restituir: 80100

Valor total das diárias: 80100 R\$ A 10

- 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: 24/2025 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>12/01/25</u> <u>05:00</u>	<u>12/01/25</u> <u>17:40</u>	<u>12:40</u>	<u>80,00</u>	<u>92040</u>	<u>92397</u>	<u>8-G-0</u> <u>9.E28</u>	<u>Jardins</u>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte de Pronto P/Tratamento
de Saude em Jardins

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: _____

Valor unitário das diárias: 80,00 Valor a restituir: 80,00

Valor total das diárias: 80,00 R\$ AIR

- 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: 24/2025

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>16/01/25</u> <u>04:30</u>	<u>16/01/25</u> <u>20:10</u>	<u>15:40</u>	<u>80,00</u>	<u>82005</u>	<u>82.297</u>	<u>S.O.Z</u> <u>9-E-67</u>	<u>Gracelandia</u>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

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

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: _____

Valor unitário das diárias: 80,00 Valor a restituir: 80,00

Valor total das diárias: 80,00 REAIS

- 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