



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.404/2018.

Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: JOSE CARLOS RODRIGUES RIBEIRO

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 040.441.949-63

LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Transporte de pacientes à cidade de Cornélio Procópio.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 320,00 (Trezentos e vinte reais)

José Carlos Rodrigues Ribeiro

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 14/09/2018.

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\$ 320,00 referente à concessão de diária(s), no período de 03/09/2018 à 14/09/2018, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 21.498-1, 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:

404/2018

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

MOTORISTA

Fonseca Carlos Rodrigues Reis

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assina
03-9-2018 3:30 h	03-9-2018 12:00	8:30h	40,00	398774	398914	ASE 1593	Conselho Hemodialise	[Assinatura]
5-9-2018 3:30 h	5-9-2018 12:15	8:45 h	40,00	398914	399048	ASE 1593	Conselho Hemodialise	[Assinatura]
6-9-2018 6:40 h	6-9-2018 13:45 h	7:05h	40,00	268468	268613	AV0 9610	Conselho Cirurg	[Assinatura]
7-9-2018 3:30 h	7-9-2018 12:00	8:30h	40,00	399048	399189	ASE 1593	Conselho Hemodialise	[Assinatura]
10-9-2018 3:30 h	10-9-2018 12:10	8:40h	40,00	399189	399324	ASE 1593	Conselho Hemodialise	[Assinatura]
12-9-2018 3:30 h	12-9-2018 12:00h	8:30h	40,00	399324	399462	ASE 1593	Conselho Hemodialise	[Assinatura]
13-9-2018 6:40 h	13-9-2018 14:00h	7:20h	40,00	2761	2904	BC1 2215	Conselho Cirurg /Clinicop	[Assinatura]
14-9-2018 3:30 h	14-9-2018 12:10 h	8:40h	40,00	399462	399597	ASE 1593	Conselho Hemodialise	[Assinatura]
			32900					



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:

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

3-9-2018 - Cornélio Sever Pacientes p/ Hemodialise
5-9-2018 - Cornélio Sever Pacientes p/ Hemodialise
6-9-2018 - Cornélio Sever Pacientes p/ Consultas Cismop.
7-9-2018 - Cornélio Sever Pacientes p/ Hemodialise
10-9-2018 - Cornélio Sever Pacientes p/ Hemodialise
12-9-2018 - Cornélio Sever Pacientes p/ Hemodialise
13-9-2018 - Cornélio Sever Pacientes p/ Consultas Cismop / Clinicep
14-9-2018 - Cornélio Sever Pacientes p/ Hemodialise

RIBEIRÃO DO PINHAL



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);

José Carlos R. Ribeiro

Assinatura do Servidor Beneficiário

RIBEIRÃO DO PINHAL



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde