



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.416/2018.**

**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 às cidades de Cornélio Procópio, Rolândia e Arapongas.

**VALOR DA DIÁRIA – R\$ 200,00 (Duzentos reais)**

\_\_\_\_\_  
José Carlos Rodrigues Ribeiro

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 21/09/2018.

\_\_\_\_\_  
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\$ 200,00 referente à concessão de diária(s), no período de 17/09/2018 à 21/09/2018, 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: **46/2018.**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR  
DIARIAS DE MOTORISTAS**

**MOTORISTA**

*João Carlos Rodrigues Ribeiro*

| Data/Hora Saída     | Data/Hora Chegada    | Total hora | Valor diária | Saída Km | Chegada Km | Placa       | Destino /Justificativa     | Assine              |
|---------------------|----------------------|------------|--------------|----------|------------|-------------|----------------------------|---------------------|
| 17.9.2018<br>3:30 h | 17.9.2018<br>12:10 h | 8:40h      | 40,00        | 399597   | 399732     | ASE<br>1593 | Conselho Hemodialise       | <i>[Assinatura]</i> |
| 18.9.2018<br>8:00 h | 18.9.2018<br>17:40 h | 9:40h      | 40,00        | 151400   | 151797     | BAH<br>2186 | Conselho/Relatório Nupanga | <i>[Assinatura]</i> |
| 19.9.2018<br>3:30 h | 19.9.2018<br>12:00 h | 8:30h      | 40,00        | 399852   | 399987     | ASE<br>4593 | Conselho Hemodialise       | <i>[Assinatura]</i> |
| 20.9.2018<br>6:00 h | 20.9.2018<br>12:30 h | 6:30h      | 40,00        | 151928   | 152058     | BAH<br>2186 | Conselho Cimp              | <i>[Assinatura]</i> |
| 21.9.2018<br>3:30 h | 21.9.2018<br>12:10 h | 8:40h      | 40,00        | 399987   | 400124     | ASE<br>1593 | Conselho Hemodialise       | <i>[Assinatura]</i> |
|                     |                      |            | 200,00       |          |            |             |                            |                     |



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:  
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

17.9.2018 - Cornélio levar pacientes Hemodialise  
18.9.2018 - Cornélio / Rolândia / Crapongos levar pacientes  
consultas / internamentos / Alta  
19.9.2018 - Cornélio levar pacientes Hemodialise  
20.9.2018 - Cornélio levar pacientes Consultas Crapongos  
21.9.2018 - Cornélio levar pacientes Hemodialise



**4. VALOR SOLICITADO:**

|                             |  |                    |
|-----------------------------|--|--------------------|
| Números de Diárias:         |  | Valor a Restituir: |
| Valor Unitário das Diárias: |  |                    |
| 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);

*Jose Carlos Rodrigues Ribeiro*  
Assinatura do Servidor Beneficiário

RIBEIRÃO DO PINHAL