



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.428/2018.**

**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.

**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, 08/10/2018.

\_\_\_\_\_  
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 24/09/2018 à 05/10/2018, 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:

428/2018.

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

MOTORISTA: *Jose Carlos Rodrigues Ribeiro*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assina
24.9.2018	24.9.2018					ASE		
3:30 h	12:15 h	8:45h	40,00	400104	400259	ASE	Camelão / Hemodialise	<i>[Signature]</i>
26.9.2018	26.9.2018					ASE		
3:30 h	12:00 h	8:30h	40,00	400259	400400	ASE	Camelão / Hemodialise	<i>[Signature]</i>
27.9.2018	27.9.2018					BC1		
4:00 h	11:30 h	7:30h	40,00	3190	3317	2232	Carapongá / Sonda	<i>[Signature]</i>
28.9.2018	28.9.2018					ASE		
3:30 h	12:10 h	8:40h	40,00	400400	400539	ASE	Camelão / Hemodialise	<i>[Signature]</i>
1.10.2018	1.10.2018					ASE		
3:30 h	12:10 h	8:40h	40,00	400539	400679	ASE	Camelão / Hemodialise	<i>[Signature]</i>
2.10.2018	2.10.2018					ASE		
5:50 h	12:30 h	6:40h	40,00	400679	400803	ASE	Camelão / Somp	<i>[Signature]</i>
3.10.2018	3.10.2018					ASE		
3:30 h	12:30	9:00h	40,00	400803	400941	ASE	Camelão / Hemodialise	<i>[Signature]</i>
5.10.2018	5.10.2018					ASE		
3:30 h	12:00 h	8:30h	40,00	400941	401091	ASE	Camelão / Hemodialise	<i>[Signature]</i>
			R\$ 320,00					



**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**

24.9.2018 - Cornélio Sever Pacientes / Hemodíalises  
26.9.2018 - Cornélio Sever Pacientes / Hemodíalises  
27.9.2018 - Arapongas / Londrina Sever Pacientes / Consultas  
28.9.2018 - Cornélio / Sever Pacientes / Hemodíalises  
1.10.2018 - Cornélio Sever Pacientes / Hemodíalises  
2.10.2018 - Cornélio Sever Pacientes Cinesis Consultas  
3.10.2018 - Cornélio Sever Pacientes / Hemodíalises  
5.10.2018 - Cornélio Sever Pacientes / Hemodíalises



**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);

*Jose Carlos R. Ribeiro*

Assinatura do Servidor Beneficiário

RIBEIRÃO DO PINHAL



**PREFEITURA DE**  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**  
ESTADO DO PARANÁ

---

Secretaria Municipal de Saúde