



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.467/2018.**

**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 e Londrina.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 400,00 (Quatrocentos reais)

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

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 08/11/2018.

\_\_\_\_\_  
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\$ 400,00 referente à concessão de diária(s), no período de 22/10/2018 à 05/11/2018, 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.

\_\_\_\_\_  
Vicktória Cardoso Troiano



Secretaria Municipal de Saúde

Numero diária: 467/2018

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

MOTORISTA		José Carlos Rodrigues Ribeiro									
Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura			
22-10-2018 3:30 h	22-10-2018 12:00 h	8:30h	40,00	1980	2119	BCL 9476	Comêlio / Hemedialse	<i>J. Ribeiro</i>			
23-10-2018 12:00 h	23-10-2018 19:00 h	7:00h	40,00	27621	27904	BBU 7893	Sondina - H. Cancer	<i>J. Ribeiro</i>			
24-10-2018 3:30 h	24-10-2018 12:15 h	8:45h	40,00	2119	2260	BCL 9476	Comêlio / Hemedialse	<i>J. Ribeiro</i>			
26-10-2018 3:30 h	26-10-2018 12:00 h	8:30h	40,00	2260	2398	BCL 9476	Comêlio / Hemedialse	<i>J. Ribeiro</i>			
29-10-2018 3:30 h	29-10-2018 12:10 h	8:40	40,00	2398	2536	BCL 9476	Comêlio / Hemedialse	<i>J. Ribeiro</i>			
30-10-2018 4:40 h	30-10-2018 19:00 h	14:20h	80,00	193929	194263	AZL 8175	Sondina H. A. kudate	<i>J. Ribeiro</i>			
31-10-2018 3:30 h	31-10-2018 12:15 h	8:45h	40,00	2536	2680	BCL <del>9476</del>	Comêlio / Hemedialse	<i>J. Ribeiro</i>			
2-11-2018 3:30 h	2-11-2018 12:30 h	9:00h	40,00	2680	2819	BCL 9476	Comêlio / Hemedialse	<i>J. Ribeiro</i>			
5-11-2018 3:30 h	5-11-2018 12:15 h	8:45h	40,00	2819	<del>2964</del>	BCL 9476	Comêlio / Hemedialse	<i>J. Ribeiro</i>			
			RR 400,00								



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

22-10-2018 - Cornélio - Servar Pacientes / Hemodialise  
23-10-2018 - Londrina - Servar Pacientes / H. Câncer  
24-10-2018 - Cornélio - Servar Pacientes / Hemodialise  
26-10-2018 - Cornélio - Servar Pacientes / Hemodialise  
29-10-2018 - Cornélio - Servar Pacientes / Hemodialise  
30-10-2018 - Londrina - Servar Pacientes / H. Câncer  
31-10-2018 - Cornélio - Servar Pacientes / Hemodialise  
02-11-2018 - Cornélio - Servar Pacientes / Hemodialise  
05-11-2018 - Cornélio - Servar Pacientes / Hemodialise



**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