



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias N.º. 485/2018.**

**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 às cidades de Cornélio Procópio, Londrina, Araongas, Rolândia, e Cambé.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 600,00(Seiscentos reais)

\_\_\_\_\_  
Israel Barcelos de Rezende

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária n.º \_\_\_\_\_;

Em, 26/11/2018.

\_\_\_\_\_  
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\$ 600,00 referente à concessão de diária(s), no período de 09/11/2018 à 25/11/2018 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com n.º..... para a conta corrente do solicitante com o n.º. 18.565-5, da agência n.º.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



Numero diária: 485 / 2018

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

MOTORISTA	Israel Barcelos de Rezende										
Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino / Justificativa	Assinatura			
09/11/18 5:30	09/11/18 16:30	11:00	40100	401509	401654	ASE 7593	Carneio Regional	<i>[Signature]</i>			
12/11/18 10:00	12/11/18 19:00	9:00	40100	5-113	5-504	BEI 2219	Landina H. HU + HE	<i>[Signature]</i>			
13/11/18 4:30	13/11/18 20:30	16:00	80100	237627	238006	BAE 7824	Landina + Hospícios	<i>[Signature]</i>			
14/11/18 5:00	14/11/18 18:00	13:00	80100	10-484	70-792	BEI 2278	Landina + Policlínica	<i>[Signature]</i>			
16/11/18 7:00	16/11/18 16:00	9:00	40100	5-880	5-978	BEI 2229	Carneio Regional	<i>[Signature]</i>			
17/11/18 4:30	17/11/18 18:30	14:00	80100	401689	402042	ASE 7583	Landina + Landini	<i>[Signature]</i>			
21/11/18 8:00	21/11/18 15:00	7:00	40100	33788	33344	BAU 7883	Carneio Regional - Hospital	<i>[Signature]</i>			
22/11/18 4:30	22/11/18 18:00	13:30	80100	4-604	4-970	BEI 2476	Landina + Policlínica	<i>[Signature]</i>			
23/11/18 3:30	23/11/18 12:00	8:00	40100	4-970	5-114	BEI 2476	Carneio Levar Hematólogo	<i>[Signature]</i>			
24/11/18 6:00	24/11/18 12:30	6:30	40100	33524	33648	BAU 7893	Carneio Soroteca	<i>[Signature]</i>			
25/11/18 10:00	25/11/18 17:00	7:00	40100	33766	33993	BAU 7893	Carneio Soroteca	<i>[Signature]</i>			
		<b>Total =</b>	<b>600100</b>								



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

09/11/18 Carmelito Regional  
12/11/18 Londrina H. HU + HE  
13/11/18 Londrina + Hospitais  
14/11/18 Londrina + Rolândia  
16/11/18 Carmelito Regional  
19/11/18 Londrina + Combe  
27/11/18 Carmelito Regional + Santa Rosa  
22/11/18 Londrina + Rolândia  
23/11/18 Carmelito Levo-Hemodialis  
24/11/18 Carmelito Santa Rosa  
25/11/18 Carmelito Santa Rosa



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 aqui)

7. Certificado ou documento que comprove a participação em evento publica ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar aqui)

Assinatura do Servidor Beneficiário



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

---

Secretaria Municipal de Saúde