



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias N.º. 069/2019.**  
**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 cidades de Cornélio Procópio.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 440,00 (Quatrocentos e quarenta reais)

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

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 08/03/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 440,00 referente à concessão de diária(s), no período de 18/02/2019 à 08/03/2019, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com n.º..... para a conta corrente do solicitante com o n.º. 21.498-1, 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.

\_\_\_\_\_  
Júlio César Pinheiro



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

Secretaria Municipal de Saúde

Numero diária: **069/2019**

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

MOTORISTA **Jose Carlos Rodrigues Ribeiro**

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
18.2.2019 3:30 h	18.2.2019 12:00 h	8:30h	40,00	406007	406145	ASE 1593	Camélio Hemodialise	<i>[Signature]</i>
20.2.2019 3:30 h	20.2.2019 12:10 h	8:40h	40,00	406145	406286	ASE 1593	Camélio Hemodialise	<i>[Signature]</i>
22.2.2019 3:30 h	22.2.2019 12:00 h	8:30h	40,00	406286	406421	ASE 1593	Camélio Hemodialise	<i>[Signature]</i>
25.2.2019 3:30 h	25.2.2019 12:00 h	8:30h	40,00	12256	12392	BCL 9674	Camélio Hemodialise	<i>[Signature]</i>
27.2.2019 3:30 h	27.2.2019 12:00 h	8:30h	40,00	406421	406556	ASE 1593	Camélio Hemodialise	<i>[Signature]</i>
28.2.2019 6:30 h	28.2.2019 13:30 h	7:00h	40,00	21445	21575	BCI 2219	Camélio H.O e Cimp	<i>[Signature]</i>
1.3.2019 3:30 h	1.3.2019 12:00 h	8:30h	40,00	12922	13060	BCL 9674	Camélio Hemodialise	<i>[Signature]</i>
4.3.2019 3:30 h	4.3.2019 12:00 h	8:30h	40,00	406557	406691	ASE 1593	Camélio Hemodialise	<i>[Signature]</i>
6.3.2019 3:30 h	6.3.2019 12:00 h	8:30h	40,00	406691	406825	ASE 1593	Camélio Hemodialise	<i>[Signature]</i>
7.3.2019 5:30 h	7.3.2019 19:50 h	14:20h	40,00	406825	406948	ASE 1593	Camélio Cimp	<i>[Signature]</i>
8.3.2019 3:30 h	8.3.2019 12:30 h	9:00h	40,00	406948	407091	ASE 1593	Camélio Hemodialise	<i>[Signature]</i>

**440,00**



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

18.2.2019 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise  
20.2.2019 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise  
22.2.2019 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise  
25.2.2019 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise  
27.2.2019 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise  
28.2.2019 - Cornélio - Servar Pacientes p/ consulta H.O e Cisnop  
1.3.2019 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise  
4.3.2019 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise  
6.3.2019 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise  
7.3.2019 - Cornélio - Servar Pacientes p/ consultas Cisnop  
8.3.2019 - Cornélio - Servar Pacientes p/ 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);

*José Carlos R. Ribeiro*

Assinatura do Servidor Beneficiário