



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias N.º 107/2019.**  
**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 Londrina, Cambé, Cornélio Procópio, Jacarezinho, e Astorga.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 520,00(Quinhentos e vinte reais)

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

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 09/04/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 520,00 referente à concessão de diária(s), no período de 26/03/2019 à 08/04/2019 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com n.º..... para a conta corrente do solicitante com o n.º. 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.

\_\_\_\_\_  
Júlio César Pinheiro



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

Secretaria Municipal de Saúde

Numero diária: **107/2019**

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

**MOTORISTA** *Genael Barcelos de Regada*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
26/03/19 4:30	26/03/19 20:00	15:30	80,00	262024	262350	7824	Condicionador de ar	<i>[Signature]</i>
27/03/19 6:00	27/03/19 13:00	7:00	40,00	414853	45028	7824	Condicionador de ar	<i>[Signature]</i>
29/03/19 5:00	29/03/19 13:30	8:30	40,00	26246	26380	2232	decurgia do HU	<i>[Signature]</i>
30/03/19 11:00	30/03/19 20:00	9:00	40,00	26380	26648	2232	condição HU HU	<i>[Signature]</i>
01/04/19 6:30	01/03/19 13:40	7:10	40,00	26648	26785	2232	condição Residência	<i>[Signature]</i>
02/04/19 4:30	02/04/19 14:30	10:00	80,00	587532	587878	480	condição Hosp HU	<i>[Signature]</i>
03/04/19 5:00	03/04/19 17:00	12:00	80,00	26867	27180	357	condição HU + HE	<i>[Signature]</i>
04/04/19 6:30	04/04/19 13:30	7:00	40,00	29984	30716	2278	condição Saúde	<i>[Signature]</i>
05/04/19 6:00	05/04/19 13:00	7:00	40,00	45737	45850	7824	condição Residência	<i>[Signature]</i>
08/04/19 4:30	08/04/19 12:00	8:00	40,00	16124	16260	7824	condição Residência	<i>[Signature]</i>
			<b>TOTAL = 580,00</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**

26/03/19 Bondina + Cambé  
27/03/19 Carmelito Regional de Saúde  
28/03/19 Jacarezinho HO  
30/03/19 Bondina H. BU  
01/04/19 Carmelito Regional + Santa Rosa  
02/04/19 Bondina Vários Hospitais  
03/04/19 Bondina HU + HE  
04/04/19 Carmelito Santa Rosa  
05/04/19 Regional Carmelito  
08/04/19 Bondina Ausência em: banco no recesso



**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);

Assinatura do Servidor Beneficiário