



Processo Administrativo de Concessão de Diárias N.º. 167/2019.
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 Cornélio Procópio, Bandeirantes, Londrina, Arapongas, e Jacarezinho.

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, 31/05/2019.

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 14/05/2019 à 31/05/2019 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: **16712019**

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

MOTORISTA: *Stael Barato de Aguiar*

Data/Hora Saida	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diaria	Saida Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
74/05/19 8:00	74/05/19 18:00	10:00	40100	52289	52560	1382 / 7892	Camelata + Bredon 13	<i>[Signature]</i>
75/05/19 4:30	15/05/19 19:00	14:30	80100	20377	22746	1382 / 9476	Bondine + Bredon 13	<i>[Signature]</i>
20/05/19 4:30	20/05/19 19:30	15:00	80100	32080	39328	1382 / 2275	Bondine + Bredon 13	<i>[Signature]</i>
22/05/19 4:30	22/05/19 20:30	16:00	80100	23871	244130	1382 / 7824	Bondine + Bredon 13	<i>[Signature]</i>
23/05/19 6:00	23/05/19 13:30	7:30	40100	53692	53845	1382 / 7892	Comunidade Regional + Bredon 13	<i>[Signature]</i>
24/05/19 5:30	24/05/19 14:30	9:00	40100	53845	54705	1382 / 7892	Comunidade + Bredon 13	<i>[Signature]</i>
28/05/19 5:00	28/05/19 13:00	8:00	40100	34175	34375	1382 / 2232	Bondine + Bredon 13	<i>[Signature]</i>
30/05/19 4:30	30/05/19 17:30	13:00	80100	275944	276272	1382 / 7894	Bondine + Bredon 13	<i>[Signature]</i>
31/05/19 5:00	31/05/19 13:00	8:00	40100	35842	36775	1382 / 8219	Bondine + Bredon 13	<i>[Signature]</i>
TOTAL: 520100								



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

14/05/19 Loreto + Pandurão
15/05/19 Londrina + Hospitais
20/05/19 Londrina H. do Toror
22/05/19 Londrina Vários Hospitais
23/05/19 Carmo Regional + Santa Casa
24/05/19 Carmo Clusos Vários Santa Casa
28/05/19 Jacarezinho H. Cirurgico
30/05/19 Londrina Vários Hospitais
31/05/19 Londrina H. e



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);

Assinatura do Servidor Beneficiário

RIBEIRÃO DO PINHAL



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde