



Processo Administrativo de Concessão de Diárias N.º. 181/2019.
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 Curitiba, Londrina, Araçongas, e Jacarezinho.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 485,00(Quatrocentos e oitenta e cinco reais)

Israel Barcelos de Rezende

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 14/06/2019.

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\$ 485,00 referente à concessão de diária(s), no período de 04/06/2019 à 13/06/2019 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: **181/2019**

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

MOTORISTA *Israel Boudos de Regazzi*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
04/06/19 4:30	04/06/19 21:30	17:00	80100	276883	277378	B4E 7824	Bandreia e Itaipongos	<i>[Signature]</i>
05/06/19 5:00	05/06/19 17:30	12:30	40100	470720	470244	18E 7593	Itaipongos - Ho	<i>[Signature]</i>
06/06/19 4:30	06/06/19 17:30	13:00	80100	2277222	278022	74E 7824	Bandreia	<i>[Signature]</i>
08/06/19 7:30	08/06/19 21:00	13:30	12500	56324	57084	13E 7893	Luiz Fabiano - Itaipongos	<i>[Signature]</i>
10/06/19 7:00	10/06/19 19:00	12:00	40100	36924	37377	2E 7832	Bandreia - H e	<i>[Signature]</i>
12/06/19 4:30	12/06/19 14:30	10:00	80100	470244	470544	18E 7593	Bandreia	<i>[Signature]</i>
13/06/19 6:00	13/06/19 13:30	7:30	40100	217130	217458	A2N1 7642	Bandreia e Itaipongos	<i>[Signature]</i>
TOTAL =			485.00					



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

04/06/19 Londrina + Hospícios
05/06/19 Jacarezinho HO
06/06/19 Londrina
09/06/19 Curitiba Hospital Base de Crian
10/06/19 Londrina HE
12/06/19 Londrina varios Hospitais
13/06/19 Londrina Hospícios



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



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde