



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 198/2019.**  
**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, Cornélio Procópio, Arapongas e Astorga.

**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 nº \_\_\_\_\_;

Em, 08/07/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 600,00 referente à concessão de diária(s), no período de 18/06/2019 à 08/07/2019 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 18.565-5, da agência nº.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: 1118 140014

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

MOTORISTA: Israel Barcelos de Rego 18/06/19 08/07/19

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
18/06/19 10:00	18/06/19 19:00	9:00	40100	797	7.067	BD4 5A99	Condutor Hospital HLE	[Signature]
19/06/19 4:30	19/06/19 14:30	10:00	80100	38857	39250	BE 2279	Condutor Hosp. parson	[Signature]
20/06/19 8:00	20/06/19 17:30	9:30	40100	43830	44124	BE 2848	Condutor + Ribeirão	[Signature]
21/06/19 7:00	21/06/19 17:00	10:00	40100	58877	59745	BE 7893	Condutor HO + Hosp. parson	[Signature]
26/06/19 4:30	26/06/19 17:00	12:30	80100	281679	281948	BE 7821	Condutor + Ribeirão	[Signature]
27/06/19 7:00	27/06/19 17:00	10:00	40100	3304	3427	BE 7682	Condutor Hospital	[Signature]
01/07/19 4:50	01/07/19 14:00	9:10	80100	60302	60580	BE 7893	Condutor Hosp. parson	[Signature]
02/07/19 4:30	02/07/19 16:00	11:30	80100	30534	30822	BE 7476	Condutor Hosp. parson	[Signature]
05/07/19 4:30	05/07/19 14:30	10:00	80100	283457	283870	BE 7824	Condutor Hosp. parson	[Signature]
08/07/19 3:30	08/07/19 14:30	11:00	40100	3563	3698	BE 2682	Condutor Hosp. parson	[Signature]
Total =	Total =	Total =	600100					



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:

Data de Chegada:

Hora da Saída:

Hora da Chegada:

3. JUSTIFICATIVA

18/06/19 Loureiro H. H. C. I.  
19/06/19 Loureiro + Hosp. por 300  
20/06/19 Loureiro + Pat. de dia  
21/06/19 Loureiro H. do Loureiro  
26/06/19 Loureiro Loureiro  
27/06/19 Conselho Regional  
01/07/19 Loureiro H. Loureiro  
02/07/19 Loureiro Var. Hosp. I.  
05/07/19 Loureiro Hosp. por 300 + Hosp. I.  
08/07/19 Conselho Hemodiálise





**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