



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 227/2019.
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, São Jerônimo da Serra.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 560,00(Quinhentos e sessenta reais)

Israel Barcelos de Rezende

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária nº _____;

Em, 15/08/2019.

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\$ 560,00 referente à concessão de diária(s), no período de 26/07/2019 à 14/08/2019 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: 22212019

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

MOTORISTA		Isroel Barcelos de Aguiar de 26/07/1914/14/08/2019									
Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diaria	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura			
26/07/19 10:30	26/07/19 19:00	8:30	40100	44047	44374	BE1 2232	Condicio H.O + Hc	Isroel			
29/07/19 3:30	29/07/19 12:30	8:00	40100	341732	34872	BE1 9476	Condicio Serv Hematolise	Isroel			
30/07/19 0:30	30/07/19 18:30	14:00	80100	34872	35230	BE1 9476	Condicio + Hosp SCS	Isroel			
31/07/19 6:00	31/07/19 14:00	8:00	40100	48247	48455	BE1 2275	São Jeronimo da Serra	Isroel			
01/08/19 4:30	01/08/19 14:00	14:30	80100	36079	36369	BE1 9476	Condicio Varcos Hospital	Isroel			
10/08/19 6:00	10/08/19 18:30	12:30	80100	48359	48692	BE1 2279	Condicio HO - Hc Varcos	Isroel			
11/08/19 11:00	11/08/19 18:00	7:00	40100	66861	66985	BE1 9912	Condicio Hospifs. J. Te. Dom. Varcos	Isroel			
12/08/19 11:30	12/08/19 18:30	14:10	80100	10423	10703	BE1 9912	Condicio Varcos Hospital	Isroel			
13/08/19 11:00	13/08/19 17:00	6:00	40100	45457	45737	BE1 2232	Condicio H. do Varcos	Isroel			
14/08/19 6:30	14/08/19 13:00	6:30	40100	67432	67568	BE1 9893	Condicio Serv. Varcos	Isroel			
		TOTAL = 70	560100								



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL
Unidade Administrativa: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
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

26/07/19 Londrina HU + Hc
29/07/19 Carmelito Levo- Hemodiálise
30/07/19 Londrina + hco parso
31/07/19 São Jerônimo da Serra
07/08/19 Londrina Varior Hospital
10/08/19 Londrina HU + H. de Câncer
11/08/19 Andara Hospital Foges Teomiso
12/08/19 Londrina Varior Hospital
13/08/19 Londrina H de Câncer
14/08/19 Carmelito Santo Casa



4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias:

Valor total das Diárias:

Valor a Restituir:

5. LOCOMOÇÃO

Veículo:

Frota:

Placa:

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