



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias N.º.234/2019.**

**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** JOSE CARLOS RODRIGUES RIBEIRO

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 040.441.949-63

**LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:**

Transporte de pacientes à cidades de Cornélio Procópio e Londrina.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 400,00 (Quatrocentos reais)

\_\_\_\_\_  
José Carlos Rodrigues Ribeiro

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 19/08/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 400,00 referente à concessão de diária(s), no período de 07/08/2019 à 19/08/2019, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com n.º..... para a conta corrente do solicitante com o n.º. 21.498-1, 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: **234/2019**

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

MOTORISTA: **Jose Carlos Rodrigues Ribeiro**

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
7-8-2019 3:30 h	7-8-2019 12:00 h	8:30h	40,00	412325	412455	ASE 1593	Comélio - Hemodialise	<i>[Signature]</i>
8-8-2019 4:25 h	8-8-2019 18:00 h	13:35h	80,00	54313	54596	BC1 2218	Pandiana H.C. H. Casca	<i>[Signature]</i>
9-8-2019 3:30 h	9-8-2019 12:00 h	8:30h	40,00	54596	54731	BC1 2218	Comélio - Hemodialise	<i>[Signature]</i>
12-8-2019 3:30 h	12-8-2019 12:00 h	8:30h	40,00	54731	54876	BC1 2218	Comélio - Hemodialise	<i>[Signature]</i>
13-8-2019 5:40 h	13-8-2019 16:00 h	10:20h	40,00	50650	50949	BC1 2215	Pandiana - H. Casca, S. Casca	<i>[Signature]</i>
14-8-2019 3:30 h	14-8-2019 12:00 h	8:30h	40,00	412865	412996	ASE 1593	Comélio - Hemodialise	<i>[Signature]</i>
15-8-2019 5:10 h	15-8-2019 14:00 h	8:50h	40,00	54876	55207	BC1 2218	Coopenga Hopar	<i>[Signature]</i>
16-8-2019 3:30 h	16-8-2019 12:00 h	8:30h	40,00	38913	39048	BC1 9476	Comélio - Hemodialise	<i>[Signature]</i>
19-8-2019 3:30 h	19-8-2019 12:00 h	8:30h	40,00	39048	39181	BC1 9476	Comélio - Hemodialise	<i>[Signature]</i>
		RS	400,00					



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

7-8-2019 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise  
8-8-2019 - Londrina - Servar Pacientes p/ Consultas  
9-8-2019 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise  
12-8-2019 - Cornélio - Servar Paciente p/ Hemodialise  
13-8-2019 - Londrina - Servar Pacientes p/ Consultas  
14-8-2019 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise  
15-8-2019 - Crapongos - Servar Pacientes p/ Consultas  
16-8-2019 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise  
19-8-2019 - Cornélio - Servar Pacientes p/ Hemodialise



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);

*Jose Carlos Rodrigues Ribeiro*

Assinatura do Servidor Beneficiário