



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 264/2019.**  
**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, Arapongas, Apucarana, Cambé.

**VALOR DA DIÁRIA – R\$ 760,00(Setecentos e sessenta reais)**

\_\_\_\_\_  
Israel Barcelos de Rezende

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 13/09/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 760,00 referente à concessão de diária(s), no período de 15/08/2019 a 02/09/2019 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.

\_\_\_\_\_  
Adilson Martins Inácio



Numero diária:

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

MOTORISTA	<i>Israel Barcelos de Rezende</i>										
Data/Hora Saida	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saida Km	Chegada Km	Placa	Destino / Justificativa	Assinatura			
15/08/19 07:00	15/08/19 20:00	13:00	80100	457-37	46030	BCI 2232	Londrina H. de Lacerda	<i>[Signature]</i>			
16/08/19 04:30	16/08/19 18:30	14:00	80100	412996	413388	ASE 7593	Londrina Hosp. de referencia	<i>[Signature]</i>			
19/08/19 04:20	19/08/19 18:30	14:10	80100	290323	290718	BAE 7884	Londrina Hosp. de referencia	<i>[Signature]</i>			
20/08/19 04:20	20/08/19 19:00	14:40	80100	290718	291052	BAE 7824	Londrina + Cambé	<i>[Signature]</i>			
21/08/19 10:00	21/08/19 18:00	8:00	40100	53886	54787	BCI 2215	Londrina H. de Lacerda	<i>[Signature]</i>			
22/08/19 06:00	22/08/19 20:00	14:00	80100	54787	54452	BCI 2215	Londrina H. de Lacerda	<i>[Signature]</i>			
23/08/19 05:11	23/08/19 15:00	9:50	40100	54452	54737	BCI 2215	Londrina H. de Lacerda	<i>[Signature]</i>			
27/08/19 04:20	27/08/19 22:00	18:00	80100	585728	586074	MSO 7357	Londrina Hosp. de referencia	<i>[Signature]</i>			
28/08/19 05:00	28/08/19 13:00	8:00	110100	50470	50828	BCI 2219	Londrina H. de Lacerda + HO	<i>[Signature]</i>			
30/08/19 04:20	30/08/19 14:00	12:40	80100	11573	11809	BCI 9772	Londrina H. de Lacerda + HE	<i>[Signature]</i>			
02/09/19 04:00	02/09/19 17:30	13:30	80100	56300	56633	BCI 2215	Londrina H. de Lacerda + HU	<i>[Signature]</i>			
		<b>TOTAL =</b>	<b>760100</b>								



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

15/08/19 Londrina H.e + H de Loureiro  
16/08/19 Londrina Hospensos + Hpuarona  
19/08/19 Londrina Marlon Hospitos  
20/08/19 Londrina + tempo  
21/08/19 Londrina H. de Loureiro  
22/08/19 Londrina H.O + H. de Loureiro  
23/08/19 Londrina H.e + H. de Loureiro  
27/08/19 Londrina + hospensos  
28/08/19 Londrina H.e + H.O  
30/08/19 Londrina H. de Loureiro + H.e  
02/09/19 Londrina H. de Loureiro + H.O



**4. VALOR SOLICITADO:**

Números de Diárias: 264/2019	Valor a Restituir: 760,00
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);

Assinatura do Servidor Beneficiário