



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.299/2019.
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, Londrina, Jacarezinho, Chavantes, Araongas e Santa Mariana.

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

José Carlos Rodrigues Ribeiro

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 16/10/2019.

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 27/09/2019 a 16/10/2019, conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 21.498-1, 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
Secretário Administrativo



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

Numero diária:

2491,2019

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

MOTORISTA

Fosé Carlos Rodrigues Ribeiro

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
27.9.2019 3:30h	27.9.2019 12:00h	8:30h	40,00	6284	6417	BCL 2682	Comêlio Hemedialax	[Assinatura]
30.9.2019 3:30h	30.9.2019 12:00h	8:30h	40,00	41494	41628	BCL 9476	Comêlio Hemedialax	[Assinatura]
1.10.2019 4:40	1.10.2019 13:00h	12:20h	80,00	223145	223400	AZM.9642	Sandrina H. Casper	[Assinatura]
2.10.2019 3:30h	2.10.2019 12:00h	8:30h	40,00	41628	41762	BCL 9476	Comêlio Hemedialax	[Assinatura]
3.10.2019 4:50h	3.10.2019 13:30h	6:40h	40,00	41762	41979	BCL 9476	facangalha/Charantes	[Assinatura]
4.10.2019 3:30h	4.10.2019 12:00h	8:30h	40,00	41979	42115	BCL 9476	Comêlio Hemedialax	[Assinatura]
7.10.2019 3:30h	7.10.2019 12:00h	8:30h	40,00	42115	42264	BCL 9476	Comêlio Hemedialax	[Assinatura]
8.10.2019 4:30h	8.10.2019 14:00h	9:30h	40,00	223642	224014	AZM.9642	Sandrina Casper	[Assinatura]
9.10.2019 3:30h	9.10.2019 12:00h	8:30h	40,00	43073	43209	BCL 9476	Comêlio Hemedialax	[Assinatura]
11.10.2019 3:30h	11.10.2019 12:00h	8:30h	40,00	43209	43347	BCL 9476	Comêlio Hemedialax	[Assinatura]
14+10.2019 3:30h	14.10.2019 12:00h	8:30h	40,00	43347	43482	BCL 9476	Comêlio Hemedialax	[Assinatura]
15.10.2019 6:30h	15.10.2019 13:15h	6:45h	40,00	20200	20325	BDF4419	Santa Mariana H.S.ALIFF	[Assinatura]
16.10.2019 3:30h	16.10.2019 12:00h	8:30h	40,00	6486	6615	BCL 2682	Comêlio Hemedialax	[Assinatura]

R\$ 560,00



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

27.9.2019 - Cornélio - Lerar Pacientes p/ Hemodialise
30.9.2019 - Cornélio - Lerar Pacientes p/ Hemodialise
1.10.2019 - Londrina - Lerar Pacientes H. Cancer
2.10.2019 - Cornélio - Lerar Pacientes p/ Hemodialise
3.10.2019 - Jacareizinho/Chavantes - H.O e Oficin. Tacógrafo de micro
4.10.2019 - Cornélio - Lerar Pacientes p/ Hemodialise
7.10.2019 - Cornélio - Lerar Pacientes p/ Hemodialise
8.10.2019 - Londrina/Craqueguas - Pacientes p/ Consultas H.Cancer, Her
9.10.2019 - Cornélio - Lerar Pacientes p/ Hemodialise
11.10.2019 - Cornélio - Lerar Pacientes p/ Hemodialise
14.10.2019 - Cornélio - Lerar Pacientes p/ Hemodialise
15.10.2019 - Santa Mariana - Pacientes p/ Consultas vasculares
16.10.2019 - Cornélio - Lerar Pacientes p/ Hemodialise



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);

Jose Carlos Rodriguez Ribeiro

Assinatura do Servidor Beneficiário