



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.310/2019.**  
**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 Cornélio Procópio, Astorga, Londrina, Arapongas, Jataizinho e São Jerônimo da Serra.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 685,00(Seiscentos e oitenta e cinco reais)

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

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 21/10/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 685,00 referente à concessão de diária(s), no período de 08/10/2019 a 20/10/2019 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  
Secretário Administrativo



**PREFEITURA DE  
RIBEIRÃO DO PINHAL  
ESTADO DO PARANÁ**

Secretaria Municipal de Saúde

Numero diária: **310/2019**

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

**MOTORISTA** *Srael Barcelos de Regendi*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
08/10/19 9:00	08/10/19 17:30	8:30	40100	75890	76074	1330 7893	Camelo Regional Sta. Cruz	<i>[Signature]</i>
09/10/19 04:30	09/10/19 18:00	13:30	80100	594641	595027	7357	Bombrina Hospangos	<i>[Signature]</i>
10/10/19 01:00	10/10/19 11:00	10:00	40100	50000	50746	136 9232	Camelo Regional CEUV	<i>[Signature]</i>
11/10/19 4:30	11/10/19 18:30	14:00	80100	595315	595674	430 7357	Bombrina H. de Santa Helena	<i>[Signature]</i>
14/10/19 7:00	14/10/19 14:30	07:30	40100	50274	50500	136 9232	Camelo Hospangos	<i>[Signature]</i>
15/10/19 4:30	15/10/19 11:40	17:00	80100	43482	43784	136 9476	Bombrina Hospangos	<i>[Signature]</i>
16/10/19 5:30	16/10/19 18:00	12:30	80100	43784	43980	136 9476	Sts Jerônimo de Almeida	<i>[Signature]</i>
17/10/19 11:30	17/10/19 19:00	14:30	80100	415418	415679	436 7593	Bombrina	<i>[Signature]</i>
19/10/19 6:00	19/10/19 13:30	7:30	40100	76787	76955	138 7893	Camelo Santa Rosa	<i>[Signature]</i>
20/10/19 3:30	20/10/19 17:00	13:30	13500	51373	52113	136 9232	Hosp. Vila Sueli - Toron	<i>[Signature]</i>
			<b>Total = 685,00</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

08/10/19 Carmelito Regional + Sertão  
09/10/19 Bondaria + Hospitais  
10/10/19 Carmelito Regional + EE Di  
11/10/19 Bondaria + do Litoral + HO  
14/10/19 Carmelito + Jotaizinho  
15/10/19 Bondaria + Hospitais  
16/10/19 São Jerônimo da Serra  
17/10/19 Bondaria  
18/10/19 Carmelito + Sertão  
20/10/19 Hospital Argentina Litoral



**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