



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.327/2019.
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, Cambé, Araongas, Cornélio Procópio e Curitiba.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 765,00(Setecentos e sessenta e cinco reais)

Israel Barcelos de Rezende

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 07/11/2019.

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\$ 765,00 referente à concessão de diária(s), no período de 22/10/2019 a 05/11/2019 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: 327/2019

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

MOTORISTA: Israel Barcelos de Paes 05/22/10/A. 05/17/2019

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
22/10/19 8:30	22/10/19 17:00	8:30	40,00	56.248	56.573	13E19	Condicion. U. de Bices	[Assinatura]
23/10/19 04:30	23/10/19 17:30	13:00	80,00	597804	598077	1357	Gandice + Sobri	[Assinatura]
24/10/19 04:30	24/10/19 19:00	14:30	80,00	598077	598450	1357	Gandice + Raposeros	[Assinatura]
25/10/19 04:30	25/10/19 19:30	15:00	80,00	598450	598818	1357	Gandice + Raposeros	[Assinatura]
28/10/19 04:00	28/10/19 13:00	8:00	40,00	824071	824209	1357	Gandice + Raposeros	[Assinatura]
29/10/19 04:30	29/10/19 15:40	11:10	80,00	599103	599397	1357	Gandice + Raposeros	[Assinatura]
30/10/19 04:30	30/10/19 17:30	13:00	80,00	70194	70450	1357	Gandice + Raposeros	[Assinatura]
31/10/19 04:30	31/10/19 15:00	10:30	80,00	599703	599397	1357	Gandice + Raposeros	[Assinatura]
02/11/19 04:30	02/11/19 13:00	8:30	40,00	58550	58387	1357	Gandice + Raposeros	[Assinatura]
04/11/19 04:30	04/11/19 17:30	13:00	80,00	59387	58587	1357	Gandice + Raposeros	[Assinatura]
05/11/19 04:30	05/11/19 19:40	15:10	80,00	827790	822088	1357	Gandice + Raposeros	[Assinatura]
TOTAL			765:00					



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

22/10/19 Jardim H. de Lencin
23/10/19 Jardim e Lencin
24/10/19 Jardim e Lencin
25/10/19 Jardim e Lencin
28/10/19 Carmelito Santa Rosa
29/10/19 Jardim e Vários Hospitais
30/10/19 Jardim H. de Lencin
31/10/19 Jardim e Vários Hospitais
02/11/19 Cuiabá de Bugre MT - Lencin
04/11/19 Carmelito Santa Rosa e UPA
05/11/19 Jardim e Vários Hospitais



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