



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.342/2019.
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 Londrina, Arapongas, Cornélio Procópio, Jacarezinho e Santa Mariana.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 440,00 (Quatrocentos e quarenta reais)

José Carlos Rodrigues Ribeiro

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 22/11/2019.

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\$ 440,00 referente à concessão de diária(s), no período de 11/10/2019 a 22/11/2019, 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: **342/2019**

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	Assinatur
11.11.2019 3:30hs	11.11.2019 12:00h	8:30h	40,00	48074	48211	BCL.9476	conélio Hemodialise	<i>[Signature]</i>
12.11.2019 6:45h	12.11.2019 13:30h	6:45h	40,00	71410	71542	BCL.2215	Santa Mariana H.S.Olas	<i>[Signature]</i>
13.11.2019 3:30h	13.11.2019 12:00h	8:30h	40,00	48211	48346	BCL.9476	conélio Hemodialise	<i>[Signature]</i>
14.11.2019 4:40h	14.11.2019 13:15h	14:35h	80,00	71674	72001	BCL.2215	Propompa	<i>[Signature]</i>
15.11.2019 3:30h	15.11.2019 12:00h	8:30h	40,00	48346	48480	BCL.9476	conélio Hemodialise	<i>[Signature]</i>
18.11.2019 3:30h	18.11.2019 12:40h	9:10h	40,00	48480	48612	BCL.9476	conélio Hemodialise	<i>[Signature]</i>
19.11.2019 5:00h	19.11.2019 13:00h	8:00h	40,00	294345	294570	BAG.7824	facaneginho /Obstetra	<i>[Signature]</i>
20.11.2019 3:30h	20.11.2019 12:00h	8:30h	40,00	48942	49074	BCL.9476	conélio Hemodialise	<i>[Signature]</i>
21.11.2019 5:40hs	21.11.2019 13:30h	11:50h	40,00	82145	82422	BBL.7893	londrina	<i>[Signature]</i>
22.11.2019 3:30h	22.11.2019 12:00h	8:30h	40,00	49075	49218	BCL.9476	conélio Hemodialise	<i>[Signature]</i>
		R\$.	440,00					



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

11-11-2019 - Servir Pacientes p/ Hemodialiseres - Cornélio
12-11-2019 - Servir Pacientes p/ Consultas - Santa Mariana
13-11-2019 - Servir Pacientes p/ Hemodialiseres - Cornélio
14-11-2019 - Servir Pacientes p/ Consultas - Cuzongas
15-11-2019 - Servir Pacientes p/ Hemodialiseres - Cornélio
18-11-2019 - Servir Pacientes p/ Hemodialiseres - Cornélio
19-11-2019 - Servir Pacientes p/ Consultas - Jacarezinho / Chavantes
20-11-2019 - Servir Pacientes p/ Hemodialiseres - Cornélio
21-11-2019 - Servir Pacientes p/ Consultas - Londrina
22-11-2019 - Servir Pacientes p/ Hemodialisere - Cornélio



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);

José Carlos R. Ribeiro

Assinatura do Servidor Beneficiário