



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.006/2020.

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 Cornélio Procópio, Londrina, Arapongas e Maringá.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 520,00 (Quinhentos e vinte reais)

José Carlos Rodrigues Ribeiro

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 14/01/2020.

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\$ 520,00 referente à concessão de diária(s), no período de 17/12/2019 a 07/01/2020, 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:

006/2020.

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

MOTORISTA

Jose Carlos Rodrigues Reis

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
17-12-2019 5:50 h	17-12-2019 15:30 h	9:40h	40,00	64483	64845	Bci.2219	Sondina / Emprego	[Assinatura]
18-12-2019 9:00 h	18-12-2019 22:00h	13:00h	80,00	56466	56933	Bci.2232	Sondina / Matéria	[Assinatura]
19-12-2019 4:40 h	19-12-2019 14:00h	9:20h	40,00	225303	225558	AZM.9442	Sondina H. Canger	[Assinatura]
20-12-2019 3:30 h	20-12-2019 12:00 h	8:30h	40,00	50841	51009	BCL.9476	Comelio Hemodialise	[Assinatura]
22-12-2019 2:30 h	22-12-2019 11:00 h	8:30h	40,00	51009	51153	BCL.9476	Comelio Hemodialise	[Assinatura]
24-12-2019 2:30 h	24-12-2019 11:00 h	8:30h	40,00	51153	51227	BCL.9476	Comelio Hemodialise	[Assinatura]
27-12-2019 3:30 h	27-12-2019 12:00 h	8:30h	40,00	51277	51416	BCL.9476	Comelio Hemodialise	[Assinatura]
29-12-2019 2:30 h	29-12-2019 11:00 h	8:30h	40,00	51416	51550	BCL.9476	Comelio Hemodialise	[Assinatura]
31-12-2019 2:30 h	31-12-2019 11:00 h	8:30h	40,00	51550	51684	BCL.9476	Comelio Hemodialise	[Assinatura]
3-1-2020 3:30 h	3-1-2020 12:00 h	8:30h	40,00	51684	51822	BCL.9476	Comelio Hemodialise	[Assinatura]
6-1-2020 3:30 h	6-1-2020 12:00 h	8:30h	40,00	51822	51958	BCL.9476	Comelio Hemodialise	[Assinatura]
7-1-2020 6:40 h	7-1-2020 13:15 h	6:35h	40,00	57861	58007	BCL.2232	Comelio diuicop e Ultramad	[Assinatura]

R\$ 520,00



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO
Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL
Unidade Administrativa: SECRETÁRIA 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

17-12-2019	Londrina/Craqueiros	-	Pacientes p/ consultas
18-12-2019	Maringá	-	Pacientes p/ consulta
19-12-2019	Londrina	-	Pacientes p/ consultas
20-12-2019	Cornélio	-	Pacientes Hemodialise
22-12-2019	Cornélio	-	Pacientes Hemodialise
24-12-2019	Cornélio	-	Pacientes Hemodialise
27-12-2019	Cornélio	-	Pacientes Hemodialise
29-12-2019	Cornélio	-	Pacientes Hemodialise
31-12-2019	Cornélio	-	Pacientes Hemodialise
3-1-2020	Cornélio	-	Pacientes Hemodialise
6-1-2020	Cornélio	-	Pacientes Hemodialise
7-1-2020	Cornélio	-	Pacientes p/ consultas



4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:	Valor a Restituir:
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);

José Carlos Rodrigues Ribeiro

Assinatura do Servidor Beneficiário



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde