



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.033/2020.
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 à cidade de Londrina, Arapongas, Jacarezinho e Urai.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 760,00(Setecentos e sessenta reais)

Israel Barcelos de Rezende

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 07/02/2020.

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\$ 760,00 referente à concessão de diária(s), no período de 14/01/2020 a 05/02/2020 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: **033/2020**

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

MOTORISTA *Sérgio Barcellos de Aguiar* 14/01/14/5/21/2020

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino/Justificativa	Assinatura
14/01/20 04:30	14/01/20 18:30	14:00	80100	302.080	302.407	13A E 7824	Bandiric	<i>[Signature]</i>
14/01/20 4:30	14/01/20 18:30	14:00	80100	302.761	303.061	13A E 7824	Bandiric + Respostas	<i>[Signature]</i>
30/01/20 4:30	30/01/20 20:00	15:30	80100	303.061	303.415	13A E 7824	Bandiric - Respostas	<i>[Signature]</i>
31/01/20 6:30	31/01/20 17:00	10:30	40100	59.261	59.399	13E1 2232	decarrego de Hs	<i>[Signature]</i>
31/01/20 05:00	31/01/20 13:30	8:30	40100	57.399	58.879	13E1 2232	decarrego de Hs + Bandiric	<i>[Signature]</i>
31/01/20 6:00	31/01/20 14:00	8:00	40100	68.550	68.678	13E1 2219	Bandiric + Respostas	<i>[Signature]</i>
31/01/20 6:00	31/01/20 14:00	8:00	40100	68.550	68.678	13E1 2219	Bandiric + Respostas	<i>[Signature]</i>
30/01/20 11:15	30/01/20 19:30	8:15	80100	304.513	304.790	13E1 7824	Bandiric + Respostas	<i>[Signature]</i>
30/01/20 11:00	30/01/20 19:00	8:00	80100	68.982	69.258	13E1 7379	Bandiric + Respostas	<i>[Signature]</i>
31/01/20 4:30	31/01/20 18:40	14:10	80100	603.373	603.578	13A E 7357	Bandiric + Respostas	<i>[Signature]</i>
14/01/20 11:30	14/01/20 18:30	7:00	80100	305.772	306.089	13A E 7824	Bandiric + Respostas Hospital	<i>[Signature]</i>
31/01/20 7:00	31/01/20 16:00	9:00	410100	276.890	277.170	13A E 8775	Bandiric + Respostas	<i>[Signature]</i>

TOTAL = 760100



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL

Unidade Administrativa: Poder Executivo – (colocar Secretaria ou departamento)

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

14/01/20 Londrina
17/01/20 Londrina + lzo por 500
20/01/20 Londrina + lzo por 500
21/01/20 Jotaregia lo HU
22/01/20 Jotaregia lo. Urei. + Carmelito
23/01/20 Carmelito 2 vezes
24/01/20 Carmelito Santa Casa
28/01/20 Londrina Varios Hospitais
30/01/20 Londrina H. do Linceu
31/01/20 Londrina + lzo por 500
04/02/20 Londrina Varios Hospitais
05/02/20 Londrina H. HU



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);

Assinatura do Servidor Beneficiário