



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.105/2020.**

**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, Araongas, Cornélio Procópio, Andirá e Maringá.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$680,00(Seiscentos e oitenta reais)

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

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 28/05/2020.

\_\_\_\_\_  
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\$ 680,00 referente à concessão de diária(s), no período de 11/05/2020 a 28/05/2020 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.

\_\_\_\_\_  
Vicktória Cardoso Troiano



Numero diária: 105/2020

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

MOTORISTA *Sueli Paçolas de Regendi* 11/05/A/28/05/2020

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diário	Saída km	Chegada Km	Placa	Destino/Justificativa	Assinatura
11/05/20 4:30	11/05/20 15:00	14:30	80100	417.716	478.132	ASE 7593	Jardim + Itaipogon	<i>[Signature]</i>
12/05/20 06:00	12/05/20 15:00	09:00	40100	227.344	227.666	AZL 8175	Carvalho Sudoeste - Alvorada	<i>[Signature]</i>
13/05/20 07:00	13/05/20 18:00	11:00	40100	108.123	108.396	BCI 2278	Carvalho Alvorada	<i>[Signature]</i>
15/05/20 07:00	15/05/20 17:00	10:00	40100	108.397	108.802	BCI 2278	Jardim Hosp. do Pinhal	<i>[Signature]</i>
16/05/20 08:00	16/05/20 15:00	7:00	40100	227.970	228.059	AZL 8175	Carvalho Regional 1 - B. do B.	<i>[Signature]</i>
18/05/20 04:30	18/05/20 14:00	14:30	80100	67.668	62.168	BDF 4479	Jardim + Maringá	<i>[Signature]</i>
19/05/20 06:30	19/05/20 14:30	08:00	40100	605.978	606.722	A30 7357	Carvalho Regional - St. Lou. Ho.	<i>[Signature]</i>
21/05/20 11:30	21/05/20 17:30	13:00	80100	62.442	62.772	BDF 4479	Jardim H. de Lourenço	<i>[Signature]</i>
22/05/20 09:00	22/05/20 17:00	08:00	40100	228.445	228.582	AZL 8175	Jardim T.C.	<i>[Signature]</i>
25/05/20 04:30	25/05/20 14:30	15:00	80100	107.927	108.310	B3V 4893	Jardim + Itaipogon	<i>[Signature]</i>
27/05/20 11:30	27/05/20 20:30	16:00	80100	316.599	316.905	B3E 7824	Carvalho	<i>[Signature]</i>
28/05/20 6:30	28/05/20 13:00	06:30	40100	118.553	118.688	ASE 7593	Carvalho Regional 1 HO	<i>[Signature]</i>
		TOTAL	680100					



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

11/05/20 Londrina + Rio Pargos  
12/05/20 Carmelito Santa Rosa 2 dias  
13/05/20 Carmelito Santa Rosa 2 dias  
15/05/20 Londrina Hospital de Câncer  
16/05/20 Carmelito Regional + Santa Rosa  
18/05/20 Londrina + Moura, S.  
19/05/20 Carmelito Regional + Santa Rosa  
27/05/20 Londrina H. do Câncer  
22/05/20 Curitiba - T.e.  
25/05/20 Londrina + Rio Pargos  
27/05/20 Rio Pargos  
28/05/20 Carmelito Regional + HO



**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