



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 432/2018.
Proposta de Concessão

PROPONENTE

NOME: CLÁUDIO ROBERTO FIRMINO

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 018.474.589-63

LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Transporte de pacientes às cidades de Cornélio Procópio, Londrina, Maringá, Curitiba e Londrina.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 650,00 (Seiscentos e cinquenta reais)

Cláudio Roberto Firmino

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 15/10/2018.

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\$ 650,00 referente à concessão de diária(s), no período de 01/10/2018, à 14/10/2018 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 15342-6, da agência nº.3882;

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



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

Numero diária: 432/2018.

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

MOTORISTA		Cláudio Roberto Ferrino									
Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura			
11/10/18/06:30	07/10/18/13:00	06:30	40,00	182365	182523	ARL8725	Bombão Passagem				
17/10/18/06:00	02/10/18/17:00	15:00	80,00	24777	25243	BRU7893	maípe				
17/10/18/06:30	03/10/18/06:30	06:30	40,00	3525	7077	BC12279	Bombão Passagem				
17/10/18/23:30	04/10/18/07:30	19:30	125,00	279302	28027	AY189670	Curitiba				
17/10/18/04:30	03/10/18/07:30	15:30	80,00	230775	237048	BAC4824	Londrina				
17/10/18/06:30	02/10/18/06:30	06:30	40,00	188541	188225	ARL8725	Bombão Passagem				
17/10/18/23:30	01/10/18/07:30	19:30	125,00	287769	282600	AY189670	Curitiba				
17/10/18/06:00	07/10/18/06:30	06:30	40,00	3878	3967	BC12279	Bombão Passagem				
17/10/18/12:00	02/10/18/06:30	06:30	40,00	26487	26245	BRU7893	Londrina				
17/10/18/23:30	04/10/18/07:30	19:30	40,00	26745	27000	BRU7893	Londrina				
			650,00								



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

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: *Claudio Roberto Ferraz*
CPF: *078474589-63*
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

*Transporte do Paciente para -> Cornélio Procopio
Londrina
Curitiba
Maringá*



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias: 10

Valor Unitário das Diárias: 65000

Valor a Restituir: 650000

Valor total das Diárias:

5. LOCOMOÇÃO

Veículo:

Placa:

Frota:

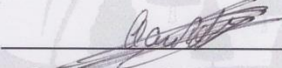
Particular:

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

RIBEIRÃO DO PINHAL



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde