



**PREFEITURA DE**  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**  
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 433/2018.**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 556.662.569-04

**LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:**

Transporte de pacientes às cidades de Curitiba, Campina Grande do Sul, Arapongas, Apucarana, Londrina, Cornélio Procópio e Astorga.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 945,00 (Novecentos e quarenta e cinco reais)

\_\_\_\_\_  
Francisco Cláudio Adriano

**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\$ 945,00 referente à concessão de diária(s), no período de 26/09/2018, à 11/10/2018 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 03279-4, 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: 433/2018.

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

**MOTORISTA** *Fernando Claudio Aparecido: 26/09 = A: 11-10-2018.*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino / Justificativa	Assine
26-09 23:30	27-09 00:40	25/30	R\$ 250,00	275445	276445	YAV AYD.9610	Londrina + C. Grande. Laron	<i>[Signature]</i>
28-09 04:30	28-09 19:30	15	R\$ 80,00	228430	228530	OM1505 7834	Londrina + Aeroporto + Aeroporto	<i>[Signature]</i>
29-09 12:00	29-09 19:00	7	R\$ 40,00	272100	278454	YAV AYD.9610	Londrina + Aeroporto	<i>[Signature]</i>
01-10 04:30	01-10 12:30	8	R\$ 40,00	3254	3540	ZAR205 B.C.1.2219	Londrina	<i>[Signature]</i>
01-10 23:30	02-10 22:30	23/30	R\$ 125,00	278454	279302	YAV AYD.9610	Londrina + C. Grande. Laron	<i>[Signature]</i>
05-10 04:30	05-10 19:30	14/30	R\$ 125,00	230296	230715	OM1505 BACT824	Londrina + Aeroporto + Aeroporto	<i>[Signature]</i>
07-10 23:30	08-10 22:00	23	R\$ 125,00	280957	281770	YAV AYD.9610	Londrina + C. Grande. Laron	<i>[Signature]</i>
09-10 10:00	09-10 17:00	7	R\$ 40,00	183584	183703	AMBUM.04 OM1505	Londrina + Aeroporto	<i>[Signature]</i>
10-10 04:30	10-10 20:30	16	R\$ 80,00	574202	574638	ASD.7351	Londrina + Aeroporto	<i>[Signature]</i>
11-10 15:00	11-10 22:30	7/30	R\$ 40,00	193703	194020	AMBUM.04 AZM.9692	Londrina + Aeroporto + Aeroporto	<i>[Signature]</i>
			<u>R\$ 945,00</u>					



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

26/09-2018- Curitiba + Campina Grande: Hospitais.  
28/09-2018- Londrina + Apucarana + Apucarana. Hospitais + Clínicas.  
29/09-2018- Londrina + Apucarana + Hospitais + Clínicas.  
01/10-2018- Londrina. Hospitais + Clínicas.  
02/10-2018- Londrina. Campina Grande. Hospitais + Clínicas  
05/10-2018- Londrina + Apucarana. Apucarana. Hospitais + Clínicas  
07/10-2018- Curitiba + Campina Grande. Hospitais + Clínicas.  
09/10-2018- Coenelio Pezopio. Clínicas.  
10/10-2018- Londrina + AstorGA. Hospitais Clínicas  
11/10-2018- Coenelio Pezopio: Londrina: Clínica + Hospital. I.c.



**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:		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

RIBEIRÃO DO PINHAL



**PREFEITURA DE**  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**  
ESTADO DO PARANÁ

---

Secretaria Municipal de Saúde