



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.160/2019.**

**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 Londrina, Astorga, Curitiba, Campina Grande do Sul e Arapongas.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 735,00 (Setecentos e Trinta e cinco reais)

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

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 21/05/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 735,00 referente à concessão de diária(s), no período de 08/05/2019 à 20/05/2019 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: **160/2019**

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

MOTORISTA: **Fernando Claudio Alvares = 08/05 = A = 20/05/2019.**

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura:
08-05 04:30	08-05 20:45	16	R\$ 80,00	583840	584233	OMV-7824 BAC-7824 CA020	Londrina + Astroeia Londrina	
09-05-0900	09-05-1800	9	R\$ 40,00	35727	36040	BCL-2215		
09-05 23:00	10-05 18:05	13/30	R\$ 125,00	360040	36840	ESM-2215	Araxá + Emburana Grande	
13-05 04:30	13-05 20:00	15/30	R\$ 80,00	270330	270712	OMV-7824 BAC-7824 CA020	Londrina + Apogonense	
14-05 11:00	14-05 17:00	6	R\$ 40,00	33580	33740	AC-2232	Coelho Neto	
15-05 12:00	15-05 18:00	6	R\$ 40,00	37940	38070	RC-2215	Coelho Neto	
15-05 23:30	16-05 23:30	24	R\$ 250,00	271865	272605	OMV-7824 BAC-7824 CA020	Araxá + Emburana Grande	
20-05 04:30	20-05 21:30	17/30	R\$ 80,00	273040	273420	OMV-7824 BAC-7824	Londrina + Apogonense	
			<b>R\$ 735,00</b>					



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

08-05 - Londrina - Hospitais + Clinicas  
09-05 - Londrina Hospital  
10-05 - Curitiba + C. Grande. Hosp + Clinicas  
13-05 - Londrina + Apucarana: Hospitais + Clinicas  
14-05 - Cornélio Procyo - Clinica  
15-05 - Cornélio Procyo - Clinica  
16-05 - Curitiba + C. Grande. Hosp + Clinicas  
20-05 Londrina + Apucarana - Hospital + Clinicas



**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 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



**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 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



**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**

11-04-2019 - Hospitais e clínicas - Curitiba.  
15-04-2019 - Hospitais e clínicas - Curitiba + Angelina CARON.  
17-04-2019 - Hospital SANTA MARIANA.  
18-04-2019 - Hospitais e clínicas - Londrina.  
22-04-2019 - Hospitais e clínicas - Londrina.  
23-04-2019 - Clínicas - Cornélio Procopio.  
24-04-2019 - Hospitais e clínicas - Curitiba + ANGELINA CARON.  
25-04-2019 - Hospital Santo Antonio PARANÁ.  
26-04-2019 - Hospitais e clínicas - Londrina + ASTORGA.



**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



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

---

Secretaria Municipal de Saúde