



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.184/2019.

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, Cornélio Procópio, São Jerônimo da Serra e Arapongas.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 1.020,00 (Um mil e vinte reais)

Francisco Cláudio Adriano

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 18/06/2019.

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\$ 1.020,00 referente à concessão de diária(s), no período de 21/05/2019 à 14/06/2019 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:

184/2019

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

MOTORISTA

Francisco Claudio Adriano - 21/05 - A - 14/06/2019.

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
11-05 23:30	22-05 21:00	21 3/30	R\$ 125,00	34092	34888	071X Bc1.2219	Coitiba	[Assinatura]
14-05 04:30	14-05 20:00	15 3/30	R\$ 80,00	274 876	274866	071505 B4c.7824	londrina + Itaipua + Maromba	[Assinatura]
18-05 04:30	18-05 20:30	21	R\$ 80,00	275 242	275 565	071505 B4c.7824	londrina	[Assinatura]
19-05 07:00	19-05 03:00	8	R\$ 40,00	274834	275 109	Amso/Aranda A2m.9842	londrina + Itaipua	[Assinatura]
31-05 09:00	31-05 15:30	6 3/30	R\$ 40,00	275350	275 630	Amso/Aranda S7722	londrina + Itaipua	[Assinatura]
02-06 23:30	03-06 22:00	23 3/30	R\$ 125,00	29945	40730	Bc1.2218	Coitiba	[Assinatura]
10-06 04:30	10-06 20:00	15 3/30	R\$ 80,00	278 450	278 786	071505 B4c.7824	londrina	[Assinatura]
11-06 03:30	11-06 16:00	13 3/30	R\$ 80,00	276 741	277 130	Amso/Aranda A2m.9842	londrina	[Assinatura]
12-06 05:00	12-06 17:00	12	R\$ 80,00	279 155	279 355	071505 B4c.7824	São Tomé	[Assinatura]
12-06 23:30	13-06 23:45	24 1/10	R\$ 250,00	26359	272 11	071X Bc1.9476	Coitiba + C. G. Rod. Marombá	[Assinatura]
14-06 05:00	14-06 14:00	9	R\$ 40,00	38211	38484	071X Bc1.2219	londrina	[Assinatura]
		29	R\$ 20,00					



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO
Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL
Unidade Administrativa: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
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

- Fui em Curitiba hospitais e clínicas.
- Fui em Londrina - Apazópolis + Astorga - hospitais + clínicas
- Fui em Londrina - hospitais + clínicas.
- Fui em Coaracy - clínicas.
- Fui em Coaracy - clínicas.
- Fui em Curitiba - hospitais
- Fui em Londrina - hospitais + clínicas.
- Fui em Londrina - clínicas.
- Fui em São Jerônimo - Hospital.
- Fui em Curitiba + C. Grande - hospitais + clínicas
- Fui em Londrina - Hospital.



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

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 CARDI.
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 CARDI.
25-04-2019 - Hospital Santo Antonio PATRINA.
26-04-2019 - Hospitais e clínicas - Londrina + Astorga.



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