



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.219/2019.**  
**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 Jacarezinho, Londrina, Bandeirantes, Cornélio Procópio, Curitiba e Campina Grande do Sul.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 940,00 (Novecentos e quarenta reais)

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

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 30/07/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 940,00 referente à concessão de diária(s), no período de 05/07/2019 à 29/07/2019 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 diaria: 211,10

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

**MOTORISTA** Francisco Audio Adriano: 05/07 = A: 29-07-2019.

Data/Hora Saida	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saida Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
05-07 04:30	05-07 13:00	8/30	40,00	40884	41116	011X Bcl. 2232	Taracemho	
08-07 04:30	08-07 20:30	16	R 80,00	283870	294199	01505 Bcl. 2234	Londrina	
09-07 07:00	09-07 14:00	7	R 40,00	41675	41870	011X Bcl. 2232	Londrina	
10-07 04:30	10-07 14:00	9/30	R 40,00	41675	41955	011X Bcl. 2232	Londrina	
12-07 04:30	12-07 13:30	8/30	R 40,00	222110	222857	Am 5044 Bcl. 9642	Londrina	
13-07 13:00	13-07 19:30	6/30	R 40,00	46983	47296	ESD1W Bcl. 2218	Bandreunty + Genplo	
16-07 07:00	16-07 15:00	8	R 40,00	47296	47560	ESD1W Bcl. 2218	Londrina	
16-07 23:30	17-07 02:30	22	R 25,00	32807	32825	01505 Bcl. 9476	Ruizsa + t	
18-07 10:00	18-07 17:00	7	R 40,00	43452	43725	ESD1W Bcl. 2219	Londrina	
19-07 07:00	19-07 15:00	8	R 40,00	49296	49560	011X Bcl. 2218	Bandreunty + Genplo	
22-07 03:30	22-07 12:00	8/30	R 40,00	33333	33477	01505 Bcl. 9476	Bandreunty + Genplo	
28/07 23:30	28/07 01:30	26	R 25,00	33744	34594	01505 Bcl. 9476	Bandreunty + Genplo	
29-07 23:30	29-07 18:00	7/80	R 125,00	51873	52675	ESD1W Bcl. 2218	Caritiba + C. Grande	
			<u>949,00</u>					



**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**  
Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Unidade Administrativa: SECRETÁRIA 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**

05/07 = fui em Jacapuzinho no Hospital.  
08/07 = fui em londrina - no hospital  
09-07 = fui em londrina - no hospital -  
10-07 = fui em londrina no hospital  
12-07 = fui em londrina no hospital.  
15-07 = fui em Bandeirantes NA CLINICA  
16-07 = fui em londrina no hospital  
17-07 = fui em Curitiba no Hospital + CLINICA  
18-07 = fui em Londrina no Hospital  
19-07 = fui em coaraci no Hospital  
22-07 = fui em coaraci NA CLINICA.  
24-07 = fui em Curitiba + c. Grande. no Hospitais  
29-07 = fui em Curitiba + c. Grande no Hospitais



**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