



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.253/2019.
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 Cornélio Procópio, Londrina, Curitiba e Campina Grande do Sul.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 530,00 (Quinhentos e trinta reais)

Francisco Cláudio Adriano

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 03/09/2019.

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\$ 530,00 referente à concessão de diária(s), no período de 16/08/2019 à 30/08/2019 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.

Adilson Martins Inácio



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

Secretaria Municipal de Saúde

Numero diária:

253 2019

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

MOTORISTA *Franzisco Claudio Adriano = 16-08-19-30-08-2019*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino / Justificativa	Assinatura
16-08	16-08	6/30	R\$ 4000	41100	49232	OMIX R-03219	centro Pousos	<i>[Signature]</i>
17-08	23-08	6	R\$ 4000	55207	55464	8218	londrina	<i>[Signature]</i>
19-08	23-08	6/30	R\$ 42500	2182	8004	8218	carteira T. Gande. sul.	<i>[Signature]</i>
23-08	21-08	15/30	R\$ 8000	58465	58490	OMIX 4381	londrina	<i>[Signature]</i>
04-30	20-08	6/30	R\$ 40,00	58097	58377	8218	benfio Pousos	<i>[Signature]</i>
24-08	26-08	2/30	R\$ 40,00	5417	6220	8218	carteira T. Gande. sul	<i>[Signature]</i>
23-08	21-08	8	R\$ 40,00	68607	69200	8218	londrina	<i>[Signature]</i>
30-08	18-08	8/30	R\$ 40,00	39599	39742	OMIX 8218	centro Pousos	<i>[Signature]</i>
03-30	23-08	R\$	R\$ 530,00			R.C. 69476		



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: 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

Em. 16-08. Fui em Coenelo Procopio - clinica -
Em. 17-08. Fui em Londrina. - hospital
Em. 19-08. Fui em Curitiba. Hospitais + clinicas.
Em. 22-08. Fui em Londrina. Hospitais + clinicas
Em. 24-08. Fui em Coenelo clinicas.
Em. 26-08. Fui em Curitiba Hospitais.
Em. 28-08. Fui em Londrina hospital
Em. 30-08. Fui em Coenelo 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