



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.303/2019.**  
**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 Curitiba, Campina Grande do Sul, Cornélio Procópio e Jacarezinho.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 660,00 (Seiscentos e sessenta reais)

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

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 17/10/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 660,00 referente à concessão de diária(s), no período de 06/10/2019 à 16/10/2019 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  
Secretário Administrativo



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

Secretaria Municipal de Saúde

Numero diária: **303/2019**

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

MOTORISTA		Francisco Claudio Adriano, Cel/A 16/10/2019									
Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino / Justificativa	Assinatura			
07-10 23:30	07-10 00:10	24/10	R\$ 250,00	193,60	20200	VAN BDF 19	curitiba + C. Grande do Sul				
08-10 12:00	08-10 18:30	6/30	R\$ 40,00	204,820	204,948	Ambulância AZL 8175	campo Passado				
08-10 08:00	08-10 12:00	4	R\$ 40,00	204,948	205,199	Ambulância AZL 8175	campo Passado				
09-10 23:30	10-10 01:00	21/1/2	R\$ 125,00	647,74	65602	ESDIN 3C1.2218	curitiba + C. Grande do Sul				
11-10 09:00	11-10 14:00	5	R\$ 40,00	65602	65725	ESDIN 3C1.2218	campo Passado				
14-10 23:30	15-10 21:00	21/1/2	R\$ 125,00	65884	66695	ESDIN 3C1.2218	curitiba + C. Grande do Sul				
16-10 05:00	16-10 13:00	8	R\$ 40,00	66695	66824	ESDIN 3C1.2218	curitiba + C. Grande do Sul				
	Total	R\$	<u>669,00</u>								



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

curitiba 05/10 fui hospital + C. Grande.  
cornelio 08/10 hospital clinica. Rib do Pinhal  
cornelio 09/10 clinica Ribeirão do Pinhal  
curitiba 09/10 clinica + hospital. C. Grande  
cornelio 11/10 clinica  
curitiba 14/10 clinica + hospital.  
Japurá 16/10 clinica J



**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