



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.328/2019.
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, Arapongas, Curitiba, Campina Grande do Sul e Cornélio Procopio.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 865,00 (Oitocentos e sessenta e cinco reais)

Francisco Cláudio Adriano

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 07/11/2019.

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\$ 865,00 referente à concessão de diária(s), no período de 25/10/2019 à 01/11/2019 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: **328/2019**

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

MOTORISTA: **Fanício Claudio Adriano = 25/10 = A = 06/11/2019**

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
25-10 10:00	25-10 17:00	7	R\$ 40,00	206145	206402	Ambulância AZL-8175	Londrina	[Assinatura]
26-10 05:00	26-10 13:00	8	R\$ 40,00	69523	69865	ES-717 BCI-2218	Londrina + Apucarana	[Assinatura]
27-10 18:00	28-10 07:00	13	R\$ 125,00	77839	78553	Ambulância BBU-7893	Curiúba	[Assinatura]
29-10 23:30	29-10 22:00	13/30	R\$ 125,00	45712	46560	071505 Bct. 9776	Curiúba + E. Grande Sul	[Assinatura]
30-10 04:00	30-10 24:00	7	R\$ 40,00	224200	224338	Ambulância AZM-9642	Coenelo Próprio	[Assinatura]
31-10 06:00	31-10 13:00	7	R\$ 40,00	69096	69243	ES-717 BCI-2215	Coenelo Próprio	[Assinatura]
01-11 23:30	02-11 00:30	24/20	R\$ 850,00	20615	21473	VAW BDE-4414	Curiúba + E. Grande Sul	[Assinatura]
04-11 23:30	04-11 21:30	18	R\$ 125,00	21473	22275	VAW BDE-4419	Curiúba + E. Grande Sul	[Assinatura]
05-11 17:00	05-11 23:10	6/30	R\$ 40,00	79470	79593	Ambulância BBU-7893	Coenelo Próprio	[Assinatura]
06-11 06:00	06-11 18:30	12/30	R\$ 40,00	71393	71536	ES-717 BCI-2218	Coenelo Próprio	[Assinatura]
			R\$ 865,00					



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 londrina Hosp. ±. C-L.
- fui em londrina + Arapongas Hospitais.
- fui em Curitiba + C. Grande Sul. Hospitais.
- fui em Curitiba + C. Grande Sul. Hospitais.
- fui em Coaracy clinica.
- fui em Coaracy clinica
Fui em Curitiba + C. Grande Sul. Hospitais
Fui em Curitiba + C. Grande Sul. Hospitais
Fui em Coaracy - clinica
Fui em Coaracy - clinica



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. Canotos 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