



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.359/2019.
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, Curitiba, Campina Grande do Sul, Londrina e Andará.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 695,00 (Seiscentos e noventa e cinco reais)

Francisco Cláudio Adriano

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 06/12/2019.

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\$ 695,00 referente à concessão de diária(s), no período de 07/11/2019 à 18/11/2019 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:

359/2019

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

MOTORISTA: *Fernando Augusto Adriano* : 07-11-A 18-11-2019.

| Data/Hora Saída | Data/Hora Chegada | Total hora | Valor diária | Saída Km | Chegada Km | Placa | Destino /Justificativa | Assinatura: |
|-----------------|-------------------|------------|-------------------|----------|------------|------------------------|------------------------|--------------------|
| 07-11 06:30 | 07-11 12:40 | 6/10 | R\$ 40,00 | 71536 | 71685 | ESP/11 Bcl-2218 | Coenelto Picozinho | <i>[Signature]</i> |
| 07-11 23:30 | 08-11 02:30 | 19 | R\$ 125,00 | 71685 | 72465 | ESP/11 Bcl-2218 | Coenelto + Grande sul | <i>[Signature]</i> |
| 10-11 08:00 | 10-11 20:30 | 12/30 | R\$ 80,00 | 70852 | 71275 | ESP/11 Bcl-2218 | Coenelto + Andara | <i>[Signature]</i> |
| 11-11 07:00 | 11-11 17:00 | 10 | R\$ 40,00 | 71210 | 71410 | ESP/11 Bcl-2215 | Coenelto + Andara | <i>[Signature]</i> |
| 12-11 04:30 | 12-11 21:00 | 16/30 | R\$ 80,00 | 293270 | 293560 | DM/505 B.e-7824 | Coenelto | <i>[Signature]</i> |
| 13-11 07:00 | 13-11 15:30 | 8/30 | R\$ 40,00 | 208141 | 208463 | AMB/AMANDA AZL-8175 | Coenelto | <i>[Signature]</i> |
| 13-11 23:30 | 15-11 01:30 | 26 | R\$ 50,00 | 25493 | 26317 | VAN B.D.F.4 119 | Coenelto + Grande sul | <i>[Signature]</i> |
| 18-11 09:00 | 18-11 17:30 | 8/30 | R\$ 40,00 | 209164 | 209164 | AMB/AMANDA AZL-8175 | Coenelto | <i>[Signature]</i> |
| | | | <u>R\$ 695,00</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

07-11 - Fui em Coenelva Prócimo - Clínica.
08-11 - Fui em Curitiba + C. Grande Sul - Hospitais + CLINICAS
10-11 - Fui em Londrina + Andara - Hospitais + CLINICAS
11-11 - Fui em Andara + Coenelva - CLINICAS.
12-11 - Fui em Londrina - Hospitais + CLINICAS.
13-11 - Fui em Londrina - Hospitais -
15-11 - Fui em Curitiba + C. Grande Sul - Hospitais + CLINICAS
18-11 - Londrina Hospitais + 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