



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.360/2019.
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, Cornélio Procópio, Jacarezinho, Chavantes e São Paulo.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 1.070,00 (Um mil e setenta 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\$ 1.070,00 referente à concessão de diária(s), no período de 19/11/2019 à 04/12/2019 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: **360/2019**

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

MOTORISTA *Francisco Antônio Almeida - 19/11 - A-03/12/2019*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diaria	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura:
19-11 04:30	19-11 18:30	14	R\$ 80,00	48617	48942	Ombus RCL-9476	Londema + Acauonens	<i>[Signature]</i>
20-11 23:30	21-11 00:30	25	R\$ 250,00	72268	73085	SRIN Ac.1.2015	Cueitiba + G. Gondt do Sul.	<i>[Signature]</i>
25-11 01:00	25-11 13:00	6	R\$ 40,00	209550	209685	Ambulance Acl. 8475	Coeneths Pucopru	<i>[Signature]</i>
25-11 23:30	26-11 16:30	17	R\$ 125,00	74238	75088	SRIN RCL-2018	Cueitiba + C. Gondero Sul.	<i>[Signature]</i>
27-11 06:30	27-11 13:30	7	R\$ 40,00	29585	29900	SRIN VAN	Tapeczinho + Chauantes	<i>[Signature]</i>
28-11 20:4:30	28-11 29:30	14	R\$ 80,00	296212	296652	Ombus B.A.C.3824	Londema + Acauonem	<i>[Signature]</i>
29-11 16:00	29-11 23:30	7/30	R\$ 40,00	83299	83426	Ambulance RBU-3893	Coeneths Pucopru	<i>[Signature]</i>
01-12 23:30	02-12 09:00	19	R\$ 250,00	76785	77725	SRIN RCL-2018	São Paulo	<i>[Signature]</i>
03-12 08:00	03-12 17:00	10	R\$ 40,00	83637	83826	Ambulance RBU-3893	Coeneths Pucopru	<i>[Signature]</i>
03-12 316 81	04-12 324 80	21	R\$ 105,00	316 81	324 80	SRIN R.D.F.4419	Cueitiba + Acauonem	<i>[Signature]</i>
			R\$ 1070,00					



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 + ARAPONGAS. Hospitais + CLINICAS.
Fui em Curitiba + C. Grande do Sul. Hospitais + CLINICAS
Fui em Coaraci + C. Grande do Sul. Hospitais.
Fui em Curitiba + Hospitais + (CHALAVANTES).
- Fui em Londrina + Arapongas. Hospitais + CLINICAS.
- Fui em Coaraci + CLINICAS.
Fui em SÃO PAULO Hospitais
Fui em Coaraci CLINICAS
Fui em Curitiba + C. Grande do Sul



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