



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

Secretaria Municipal de Saúde

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.011/2020.**  
**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, Curitiba, Cornélio Procópio e Araçongas.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 855,00 (Oitocentos e cinquenta e cinco reais)

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

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 23/01/2020.

\_\_\_\_\_  
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\$ 855,00 referente à concessão de diária(s), no período de 07/01/2020 à 23/12/2020 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

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

MOTORISTA: *Françisco Claudio Aparecido 07/01 - A-23/01/2020.*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
07-01 04:30	07-01 19:40	15/40	R\$ 80,00	300452	300762	OM1505 BAC. 7824	London	
08-01 02:00	08-01 21:30	19/30	R\$ 125,00	65253	66111	OMIX. BCL. 8219	everfisa	
09-01 11:00	09-01 19:00	8	R\$ 40,00	213775	214090	Ambulância ACL. 8175	London	
10-01 04:30	10-01 16:40	12/10	R\$ 80,00	66111	66460	OMIX BCL. 8219	London	
11-01 05:30	11-01 12:50	7/20	R\$ 40,00	214090	214260	Ambulância ACL. 8175	London	
13-01 04:30	13-01 20:00	15/30	R\$ 80,00	201718	302080	OM1505 B.L. 7824	London + Neopomas	
15-01 11:00	15-01 17:00	6	R\$ 40,00	274416	214542	Ambulância ACL. 8175	London + Foz de Iguaçu	
15-01 23:30	16-01 22:00	15/30	R\$ 125,00	38486	39275	VAN B.D. 5419	London	
20-01 05:30	20-01 19:30	14	R\$ 80,00	215215	215501	Ambulância ACL. 8175	London	
21-01 23:45	22-01 19:30	20/15	R\$ 125,00	40080	40052	VAN B. 26419	London	
23-01 06:00	23-01 12:15	6/15	R\$ 40,00	27912	28166	BCL. 2218	London + Neopomas	
		<del>24</del>	<u>R\$ 855,00</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

- Fui em Londrina em 07/01 - hospitais e clínicas
- Fui em Curitiba em 08/01 - hospitais e clínicas
- Fui em Londrina em 09/01 - hospital
- Fui em Londrina em 10/01 - hospital
- Fui em Coaracy clínicas 11/01 -
- Fui em Londrina + Apucarana 13/01 - hospitais + clínicas
- Fui em Coaracy 15/01 - clínicas
- Fui em Curitiba 16/01 - hospitais + clínicas
- Fui em Londrina 20/01 - hospitais + clínicas
- Fui em Curitiba 21/01 - hospitais + clínicas
- Fui em Coaracy 23/01 - hospitais + clínicas



**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 total das Diárias:

Valor a Restituir:

**5. LOCOMOÇÃO**

Veículo:

Frota:

Placa:

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