



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

Processo Administrativo de Concessão de Diárias N.º.042/2020.
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 Cornélio Procópio, Londrina, Rolândia e São Jerônimo da Serra.

VALOR DA DIÁRIA – R\$ 400,00 (Quatrocentos reais)

Francisco Cláudio Adriano

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária n.º _____;

Em, 20/02/2020.

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\$ 400,00 referente à concessão de diária(s), no período de 06/02/2020 à 12/02/2020 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com n.º..... para a conta corrente do solicitante com o n.º. 03279-4, da agência n.º.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 diaria:

042/2020

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

MOTORISTA

Francisco Claudio Adriano. 06/02: A= 19/02/2020.

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino/Justificativa	Assinatura
06-02 08:00	06-02 14:10	6/10	R\$ 40,00	93926	94010	Ambulância D.B.V. 7893	Genefio Recorro	[Assinatura]
07-02 12:00	07-02 17:30	7/30	R\$ 40,00	217456	217734	Ambulância A.C.L. 8175	London	[Assinatura]
10-02 11:00	10-02 20:00	9	R\$ 40,00	92167	92456	ES.P.V B.C. 2218	London	[Assinatura]
11-02 08:00	11-02 20:30	13/30	R\$ 80,00	218180	218497	Ambulância A.C.L. 8175	London	[Assinatura]
13-02 06:00	13-02 12:00	6	R\$ 40,00	218477	218636	Ambulância A.C.L. 8175	Genefio Recorro	[Assinatura]
17-02 06:00	17-02 12:10	6/10	R\$ 40,00	219032	219160	Ambulância A.C.L. 8175	Genefio Recorro	[Assinatura]
19-02 04:30	19-02 20:00	15/30	R\$ 80,00	308456	308891	Oml. 541 D.A.C. 7824	London + Rodovia	[Assinatura]
12-02 05:30	12-02 15:00	9/30	R\$ 40,00	603686	603953	Oml. 545 A.S.B. 7351	Sao Teopimio	[Assinatura]
	04/1	R\$	400,00					



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO
Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL
Unidade Administrativa: SECRETÁRIA 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

Em 06-02: fui em Coenelão Próprio Clínica
Em 07-02: fui em Londrina Hospitais + Clínica
Em 10-02 - fui em Londrina Hospitais
Em 11-02 - fui em Londrina Hospitais + Clínica
Em 12/02 - fui em São Jerônimo Hospitais
Em 13-02: fui em Coenelão Próprio Clínica
Em 17-02: fui Coenelão Próprio Clínica
Em 19/02 - fui Londrina + Rolândia Hospitais + Clínica



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