



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.080/2020.
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 Arapongas, Cornélio Procópio, Curitiba, Campina Grande do Sul, Londrina, Santo Antonio da Platina e Rolândia.

VALOR DA DIÁRIA – R\$445,00 (Quatrocentos e quarenta e cinco reais)

Francisco Cláudio Adriano

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 16/04/2020.

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\$ 445,00 referente à concessão de diária(s), no período de 22/03/2020 à 14/04/2020 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.

Vicktória Cardoso Troiano



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

Numero diaria: 080/2020

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

MOTORISTA	Data/Hora Saida	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saida Km	Chegada Km	Placa	Destino / Justificativa	Assinatura
Francisco Claudio Adriano - 22/03 - A - 14/04/2020	22-03-12:00	22-03-19:30	7/36	R\$ 40,00	100 993	101 267	Expim. B.C. 2218	Londrina	
	26-03-13:30	26-03-20:40	7/10	R\$ 40,00	937 59	97 027	AMBULANCIA B.C.V. 7893	JARDONIAS.	
	31-03-02:00	31-03-18:30	16/36	R\$ 125,00	70 391	71 230	ONIX B.C. 2232	CURITIBA + CAMPINA S. SUL	
	02-04-09:00	02-04-18:30	9/30	R\$ 40,00	228 381	228 458	AMBULANCIA A.Z.M. 9642	Santo Antonio LATINA	
	01-04-09:00	01-04-19:00	10	R\$ 40,00	228 164	228 300	AMBULANCIA A.Z.M. 9642	Paranehu Pacopecu	
	07-04-09:00	07-04-18:00	9	R\$ 40,00	228 460	228 777	AMBULANCIA A.Z.M. 9646	Londrina	
	08-04-04:30	07-04-18:00	13/30	R\$ 80,00	314 353	314 678	OMNIBUS B.A.C. 7824	Londrina	
	14-04-11:00	14-04-18:30	7/30	R\$ 40,00	104 381	104 710	CARRO ESQU B.C. 2218	Londrina + Rolândia	
			R\$	445,00					

055



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

Em - 22/03 - Fui em Londrina - Hospital.
Em - 26/03 - Fui em Arapongas - Hospital.
Em - 31/03 - Fui em Curitiba + St. Grande. Sul. Hospitais
Em - 01/04 - Fui em Coaraci Recopio - Hospital.
Em - 02/04 - Fui em Santo Antonio Pinar - Clinica
Em - 07/04 - Fui em Londrina Hospital.
Em - 08/04 - Fui em Londrina Hospitais + Clinicas.
Em 14/04 - Fui em Londrina + Arapongas Hospital.



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