



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.118/2020.**  
**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, Curitiba, Arapongas, São Jerônimo da Serra e Londrina.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$770,00 (Setecentos e setenta reais)

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

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 22/06/2020.

\_\_\_\_\_  
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\$ 770,00 referente à concessão de diária(s), no período de 26/05/2020 à 19/06/2020 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 DIÁRIA: 118/2020

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

MOTORISTA Francisco Claudio Adriano - 26/05 - A - 19-06-2020.

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
26-05 10:00	26-05 17:00	7	40,00	80501	80707	OMVX BIC.1 20132	Paraná Picooppo	
27-05 11:00	27-05 17:30	6/30	40,00	111460	111739	ESPIN B.C. 23218	Londeima	
01-06 04:30	01-06 12:00	7/30	40,00	418688	418820	OMVXUS ASE 1593	Riblandia + Corretivo Par.	
02-06 06:30	02-06 14:00	7/30	40,00	418820	418957	OMVXUS ASE 1593	Corretivo Picooppo	
04-06 04:30	04-06 18:30	14	80,00	64618	64976	VAN B.D.F. 4.H.19	Londeima + Aeroporto	
08-06 00:30	08-06 19:42	19/20	125,00	29138	27905	VAN B.C. 9912	Curitiba	
10-06 05:39	10-06 17:45	12	80,00	419233	419425	OMVXUS ASE 1593	São Jerônimo	
11-06 07:00	11-06 13:00	6	40,00	116686	116948	ESPIN B.C.1 20318	Londeima	
12-06 19:00	12-06 02:40	7/40	40,00	234474	234810	AMBUANCA A.2.M 4642	Aeroporto Picooppo	
16-06 00:35	16-06 18:00	18/30	125,00	117222	118002	ESPIN B.C. 22718	Curitiba Curitiba	
18-06 13:30	18-06 10:52	12	80,00	230531	230830	AMBUANCA A.2.L 8175	Londeima	
19-06 14:00	19-06 00:19	10/30	40,00	112673	112944	AMBUANCA B.2.B 7093	Aeroporto Aeroporto	
			779,00					

779,00



**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL

Unidade Administrativa: Poder Executivo – (colocar Secretaria ou departamento)

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**

26/05. Fui em Coenelios Pezoprio. Clinicas.  
27/05. Fui em Londrina, Clinicas e Hospitais.  
01/06. Fui em Frio Linda Posto de Saude + Coenelios Pezoprio.  
02/06. Fui em Coenelios Pezoprio. Clinicas e Hospitais.  
04/06. Fui em Londrina + Acapongas. Clinicas e Hospitais.  
08/06. Fui em Curitiba, Clinicas + Hospitais.  
10/06. Fui em São Jerônimo. Hospitais.  
11/06. Fui em Londrina Hospitais.  
12/06. Fui em Coenelios Pezoprio. Clinicas.  
16/06. Fui em Curitiba. Clinicas + Hospitais.  
17/06. Fui em Londrina Clinicas.  
19/06. Fui em Acapongas 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 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