



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.154/2020.**

**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 Cornélio Procópio, Londrina, Arapongas, Curitiba

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$850,00(Quatrocentos e oitenta e cinco reais)

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

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 18/08/2020.

\_\_\_\_\_  
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\$ 850,00 referente à concessão de diária(s), no período de 14/07/2020 à 16/08/2020 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.

\_\_\_\_\_  
Evelyn Moraes Oliveira Pulcinelli



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

Secretaria Municipal de Saúde

Numero diária: 154/2020

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

MOTORISTA	Francisco Claudio Adriano: 14/08 - A - 16/08/2020.										
Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura			
08:14-07 06:00	14-07 13:30	7/30	R\$ 40,00	115 909	116 047	AMBUVIA B.S.V. 7893	Caencho Proprio				
16-07 04:22	16-07 20:02	16	R\$ 80,00	330 988	331 355	VAN A.V.O. 9610	Londrina + Amparo				
20-07 06:30	20-07 23:29	17	R\$ 125,00	92 938	93 753	ONIX B.C.1. 2219	Cuatuba				
22-07 04:30	22-07 17:00	12/30	R\$ 80,00	233 493	233 450	AMBUVIA A.Z.L. 8775	Londrina				
23-07 04:30	23-07 19:30	15	R\$ 80,00	331 851	332 230	VAN A.V.O. 9610	Londrina -				
24-07 06:30	24-07 14:00	7/30	R\$ 40,00	332 230	332 383	VAN A.V.O. 9610	Caencho Proprio				
28-07 04:30	28-07 20:00	15/30	R\$ 80,00	332 383	332 703	VAN A.V.O. 9610	Londrina -				
29-07 06:00	29-07 16:30	10/30	R\$ 40,00	320 746	320 915	ONIBUS B.A.C. 7824	Caencho Proprio				
05-08 04:30	05-08 18:30	14	R\$ 80,00	321 080	321 376	ONIBUS B.A.C. 7824	Londrina -				
10-08 04:30	10-08 18:30	14	R\$ 80,00	321 777	322 018	ONIBUS B.A.C. 7824	Londrina.				
16-08 23:30	17-08 19:30	20	R\$ 125,00	76 620	773 395	VAN B.D.F. 4.4.19	Cuatuba				
		R\$	850,00	TOTAL							



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 - 14-07 - Fui em Coeneto Pracapio. Clinicas.  
Em - 16-07 - Fui Londrina + Arapongas. Hospitais + Clinicas.  
Em - 20-07 - Fui Curitiba Hospitais.  
Em - 22-07 - Fui Londrina. Hospitais.  
Em - 23-07 - Fui em Londrina Hospitais + Clinicas.  
Em - 24-07 - Fui em Coeneto Pracapio Clinicas.  
Em - 28-07 - Fui em Londrina Hospitais + Clinicas.  
Em - 29-07 - Fui em Coeneto Clinicas.  
Em - 05-08 - Fui em Londrina Hospitais + Clinicas.  
Em - 10-08 - Fui em Londrina Hospitais + Clinicas.  
Em - 17-08 - Fui em Curitiba Clinicas



**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 a Restituir:	
Valor Unitário das Diárias:			
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