



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.164/2020.**

**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, Curitiba e Jacarezinho.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$325,00(trezentos e vinte cinco reais ).

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

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 31/08/2020.

\_\_\_\_\_  
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\$ 325,00 referente à concessão de diária(s), no período de 19/08/2020 à 26/08/2020 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 diaria: **564,000**

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

MOTORISTA: **Francisco Claudio Adriano - 19/08 - A - 26/08/2020.**

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diaria	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
19/08 11:00	19/08 17:30	6 <sup>30</sup>	R\$ 40,00	339844	23940	Am557AnoA	Paraná Procrio	
20/08 13:30	20/08 19:30	6	R\$ 40,00	239440	240027	Am557AnoA	Paraná Procrio	
21/08 11:00	21/08 17:50	7 <sup>50</sup>	R\$ 40,00	234887	235004	Am557AnoA	Paraná Procrio	
24/08 02:00	24/08 16:00	9	R\$ 40,00	609464	609586	097405	Paraná Procrio	
25/08 05:00	25/08 12:00	7	R\$ 40,00	440516	440644	ASB.7351	Tarezinha	
26/08 08:00	27/08 07:30	22	R\$ 125,00	322805	323614	097405	Eurelisa	
28:00	29:30	29	<u>325,00</u>			BA.C.7824		



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

Secretaria Municipal de Saúde



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

**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 - 19/08 - fui em Coenelto Procópio Hospital.  
Em - 20/08 - fui em Coenelto Procópio. Clinicas.  
Em 21/08 - fui em Coenelto Procópio Clinicas.  
Em 24/08 - fui em Coenelto Procópio. Hospitais + Clinicas  
Em 25/08 - fui em Jatazeirinha ~~em~~ Hospitais + Clinicas  
Em 26/08 - fui em Curitiba. Hospitais + 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 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