



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.217/2020.

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 Curitiba, Londrina, Cornélio Procópio e Jacarezinho.

VALOR DA DIÁRIA – R\$775,00(setecentos e setenta e vinte cinco reais).

Francisco Cláudio Adriano

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 28/10/2020.

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\$ 775,00 referente à concessão de diária(s), no período de 01/10/2020 à 26/10/2020 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: 217/2020

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

MOTORISTA: *Francoz Claudio Adriano 01/10 = A = 26/10/2020.*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diaria	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
01-10 08:10	01-10 18:00	10	R\$ 125,00	110453	111247	0071X R01.2219	Guaritiba	<i>[Signature]</i>
05-10 19:30	05-10 01:30	6	R\$ 40,00	244895	244844	AmduAmdu AZM.9682	londrina	<i>[Signature]</i>
06-10 06:30	06-10 16:30	10	R\$ 40,00	612516	612690	0m1505 ASB.7351	londrina	<i>[Signature]</i>
07-10 03:30	07-10 19:00	16	R\$ 80,00	325099	325991	0m1505 BAC.7844	londrina	<i>[Signature]</i>
09-10 04:00	09-10 22:00	18	R\$ 125,00	112466	113350	0m1505 B01.2219	Guaritiba	<i>[Signature]</i>
10-10 15:00	10-10 22:30	6	R\$ 40,00	126700	127067	AmduAmdu B2U.7973	londrina	<i>[Signature]</i>
14-10 32:30	14-10 32:50	8	R\$ 40,00	32270	32550	VAN B00.9912	londrina	<i>[Signature]</i>
21-10 04:30	21-10 13:00	8	R\$ 40,00	401586	401	0m1505 ASE.1593	londrina	<i>[Signature]</i>
22-10 04:30	22-10 17:30	130	R\$ 80,00	92164	92467	VAN R0F4-4.19	londrina	<i>[Signature]</i>
23-10 10:00	23-10 17:00	7	R\$ 40,00	247264	247517	AmduAmdu A2M.9642	londrina	<i>[Signature]</i>
26-10 08:30	26-10 01:00	19	R\$ 125,00	98280	99093	VAN R0F.4419	Guaritiba	<i>[Signature]</i>
			R\$ 75,00					



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: 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

fui em Curitiba hospitais 01/10/2020
fui em londrina hospital 05/10/2020
fui em coenelás prop. clinica 06/10/2020
fui em londrina hospitais técnicas 07/10/2020
fui em Curitiba hospitais 09/10/2020
fui em coenelás Propria Hospital 10/10/2020
fui em Jacareizinho Hospital 14/10/2020
fui em Jacareizinho Hospital 21/10/2020
fui em londrina Hospital 22/10/2020
fui em londrina Hospital 23/10/2020
fui em Curitiba hospitais 26/10/2020



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