



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.241/2020.**

**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 Arapongas, Londrina, Cornélio Procópio, Curitiba ,  
Campina Grande do Sul .

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$935,00(novecentos e trinta e cinco reais ).

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

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 24/11/2020.

\_\_\_\_\_  
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\$ 935,00 referente à concessão de diária(s), no período de  
29/10/2020 à 23/11/2020 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 diário: 241/2020

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

MOTORISTA: *Francisco Claudio Adriano - 29/10 - A - 10/2020.*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
29-10-05:00	29-10-14:00	9	R\$ 40,00	247778	248102	AM2M.9642	Aspenens	<i>[Signature]</i>
30-10-04:30	30-10-20:14	15	R\$ 80,00	323388	322673	DN7505	Londrina	<i>[Signature]</i>
31-10-16:00	31-10-23:30	7/30	R\$ 40,00	348370	348508	AM2M.9642	Aspenens	<i>[Signature]</i>
03-11-23:00	04-11-19:50	20	R\$ 125,00	33372	34185	DN7505	Londrina + d. Grande sul	<i>[Signature]</i>
05-11-04:30	06-11-21:00	16	R\$ 80,00	327630	328133	AM2M.9642	Londrina + Aspenens	<i>[Signature]</i>
10-11-04:30	10-11-22:30	19	R\$ 80,00	328134	328512	AM2M.9642	Londrina + Aspenens	<i>[Signature]</i>
11-11-07:30	11-11-20:50	20/50	R\$ 40,00	122102	122403	DN7505	Londrina	<i>[Signature]</i>
12-11-23:30	13-11-21:00	16	R\$ 125,00	92688	92688	AM2M.9642	Londrina + d. Grande sul	<i>[Signature]</i>
16-11-07:00	16-11-15:00	8	R\$ 40,00	109922	120104	AM2M.9642	Aspenens	<i>[Signature]</i>
17-11-07:00	17-11-13:00	6	R\$ 40,00	346601	34232	AM2M.9642	Aspenens	<i>[Signature]</i>
19-11-06:00	19-11-14:00	7	R\$ 40,00	146837	146976	DN7505	Caen ete	<i>[Signature]</i>
20-11-04:30	20-11-17:30	12	R\$ 80,00	329738	330025	AM2M.9642	Londrina	<i>[Signature]</i>
22-11-23:30	23-11-20:05	16	R\$ 125,00	99520	100280	DN7505	Londrina	<i>[Signature]</i>
<b>Total</b>		<b>28</b>	<b>R\$ 935,00</b>					



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

Em. 29/10 - fui em Apaxponax. Hospital  
Em. 30/10 - fui em Londrina. clinica + Hospital.  
Em. 31/10 - fui em coenelio Procopio. Hospital.  
Em. 04/11 - fui em Curitiba + C. Grande sul. Hospital  
Em. 06/11 - fui em Londrina + Jandai sul. Hospital  
Em. 10/11 - fui em Londrina + Apaxponax. Hospital + clinica  
Em. 11/11 - fui em Londrina Hospital  
Em. 13/11 - fui em Curitiba + C. Grande. Hospital  
Em. 16/11 - fui em coenelio Procopio clinica  
Em. 17/11 - fui em coenelio Procopio clinica  
Em. 19/11 - fui em Londrina. clinica + Hospital  
Em. 20/11 - fui em Londrina. clinica + Hospital  
Em. 23/11 - fui em Curitiba + clinica + 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