



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.264/2020.

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 Londrina, Sococaba, São Paulo, Curitiba, Arapongas e São José dos Campos

VALOR DA DIÁRIA – R\$905,00(novecentos e cinco reais)

Francisco Cláudio Adriano

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 14/12/2020.

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\$ 905,00 referente à concessão de diária(s), no período de 25/11/2020 à 14/12/2020 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: 264 | 2020

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

MOTORISTA: *Ferreira Claudio Adriano* ~~05/25/11~~ - A-10/11/2020.

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diário	Saída km	Chegada Km	Placa	Destino/Justificativa	Assinatura
08-11 08:00	05-11 17:50	7 30	R\$ 40,00	231077	241618	Ambedonia 42L 8775	Londrina	
08-11 22:30	27-11 19:10	21	R\$ 250,00	148413	149430	ES21N 2C1-2218 Ambedonia	Soecaba + São Paulo	
09-11 13:00	09-11 19:00	7	R\$ 40,00	250097	250904	011005 R.A.C. 7804	Londrina	
04-12 04:30	30-11 19:30	15	R\$ 80,00	331144	331530	ES21N R.C.1-2218	Londrina + Apucarana	
04-12 04:00	04-12 18:50	14	R\$ 105,00	151064	151830	011005 R.C.1-2218	Londrina + Apucarana	
09-12 04:30	09-12 18:30	14	R\$ 80,00	332519	332888	R.A.C. 7804	Londrina + Apucarana	
10-12 09:00	10-12 17:40	6	R\$ 40,00	101851	109139	VAN R.D.F.4-4-19	Londrina	
10-12 23:00	11-12 23:30	24/30	R\$ 250,00	152379	153495	ES21N R.C.1-2218	São José dos Campos SP?	
Total				R\$ 905,00				



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

Em - 25/11 - fui em Londrina - clínicas -
Em - 27/11 - fui em sorocaba - + São Paulo hospitais + clínicas
Em - 29/11 - fui em Londrina Hospital -
Em 30 - 30/11 fui em Londrina Apedronca - hospitais + clínicas .
Em - 05 - 04/12 fui em Curitiba - Hospitais + clínicas .
Em - 08 - 08/12 fui em Londrina + Apedronca - Hospitais + clínicas .
Em 10/12 fui em Londrina clínicas -
Em 11/12 fui em SÃO JOSÉ dos Campos - SP clínicas .



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