



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.91//2021.
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 Jacarezinho, Curitiba, Cornélio Procopio,, Londrina, e Uraí.

VALOR DA DIÁRIA – R\$655,00(seiscentos cinqüenta e cinco reais)

Francisco Cláudio Adriano

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 15/04/2021.

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.

Nadir Sara Melo Fraga Cunha
Ordenadora de Despesas

CONCESSÃO

Concedo diárias solicitadas, conforme relatório do supervisor em anexo. Requisite-se e pague(m)-se;

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de R\$655,00 referente à concessão de diária(s), no período de 31/03/2021 à 13/04/2021 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;

Nadir Sara Melo Fraga Cunha
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: *94/2021*

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

MOTORISTA *Francisco Claudio Adriano. 31/03 - 4 - 14/04/2021.*

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
<i>31/03. 04:30</i>	<i>31/03 11:30</i>	<i>7</i>	<i>40,00</i>	<i>141111</i>	<i>149286</i>	<i>CRP20 2514</i>	<i>Itaracinho.</i>	<i>[Signature]</i>
<i>31/03 23:30</i>	<i>01/04 17:00</i>	<i>17</i>	<i>125,00</i>	<i>147795</i>	<i>148562</i>	<i>CRP20 R.CI.2232</i>	<i>Curitiba</i>	<i>[Signature]</i>
<i>05/04 12:00</i>	<i>05/04 18:10</i>	<i>6/10</i>	<i>40,00</i>	<i>18020</i>	<i>18158</i>	<i>CRP20 R.DA.5.A</i>	<i>Coronel Norberto.</i>	<i>[Signature]</i>
<i>06/04 08:00</i>	<i>06/04 19:30</i>	<i>12</i>	<i>80,00</i>	<i>181436</i>	<i>181721</i>	<i>CRP20 R.CI.2218</i>	<i>Londrina.</i>	<i>[Signature]</i>
<i>07/04 23:30</i>	<i>08/04 21:30</i>	<i>22</i>	<i>125,00</i>	<i>150564</i>	<i>151561</i>	<i>CRP20 R.CI.2252</i>	<i>Curitiba.</i>	<i>[Signature]</i>
<i>09/04 06:30</i>	<i>09/04 13:30</i>	<i>6</i>	<i>40,00</i>	<i>151340</i>	<i>151477</i>	<i>CRP20 R.CI.2232</i>	<i>Coronel Norberto.</i>	<i>[Signature]</i>
<i>12/04 06:30</i>	<i>12/04 13:30</i>	<i>12</i>	<i>80,00</i>	<i>151826</i>	<i>152009</i>	<i>CRP20 R.CI.2232</i>	<i>Itaracinho + Uvaí.</i>	<i>[Signature]</i>
<i>13/04 23:30</i>	<i>14/04 22:40</i>	<i>23</i>	<i>125,00</i>	<i>183580</i>	<i>184372</i>	<i>CRP20 R.CI.2218</i>	<i>Curitiba.</i>	<i>[Signature]</i>
		<i>24</i>	<i>655,00</i>					



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. 31/03 = Fui Jacarézinho: CLíNICAS.
Em. 01/04 = Fui Curitiba. Hospital + CLíNICAS.
Em. 05/04 = Fui Cornélio Procopio. CLíNICAS.
Em. 06/04 = Fui Biondina. Hospitais + CLíNICAS.
Em. 08/04 = Fui Curitiba Hospitais + CLíNICAS.
Em. 09/04 = Fui Cornélio Procopio. CLíNICAS.
Em. 12/04 = Fui Cornélio Procopio + URAI. CLíNICAS + Hospital.
Em. 14/04 = Fui Curitiba Fui Hospitais



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