



Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.169/2021.

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 Cornélio Procopio, Curitiba, Arapongas, Jacarezinho, Londrina.

VALOR DA DIÁRIA – R\$815,00 (oitocentos e quinze reais)

Francisco Cláudio Adriano

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 30/06/2021.

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\$815,00 referente à concessão de diária(s), no período de 21/06/2021 à 07/07/2021 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: 269/2021

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

MOTORISTA: Francisco Claudio Adriano. 21/06 - 4-07/07/2021.

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
21-06 07:00	21-06 14:00	7	4000	168642	168782	OMIX 8134	Coenelo Proconid	
21-06 23:30	23-06 18:30	43	25000	168782	169560	OMIX 8134	Luzi-fiba	
24-06 08:30	24-06 15:00	8	4000	47842	47990	OMIX 8134	Coenelo Proconid	
25-06 06:30	25-06 15:00	8	4000	180766	181074	OMIX 8134	Arborgas	
26-06 09:00	26-06 17:00	9	4000	251891	252280	OMIX 8134	Arborgas	
29-06 04:30	29-06 13:00	8/30	4000	426504	426631	OMIX 8134	Itaracizinho	
30-06 04:30	30-06 16:40	12	8000	5000	5481	OMIX 8134	Londrina	
01-07 23:30	02-07 18:40	19/30	12500	170100	170870	OMIX 8134	Luzi-fiba	
05-07 07:30	05-07 19:30	12	8000	6012	6291	OMIX 8134	Londrina	
06-07 08:30	06-07 14:45	6	4000	6291	6427	OMIX 8134	Itaracizinho	
07-07 04:30	07-07 13:30	9	4000	426772	426900	OMIX 8134	Itaracizinho	
			744 215,00					



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 - 21/06 = fui em Coenelto Procópio. Clínicas.
Em - 23/06 = fui em Curitiba Hospital.
Em - 24/06 = fui em Coenelto Procópio. Hospitais e Clínicas.
Em - 25/06 = fui em Arapongas - Hospital.
Em - 26/06 = fui em Arapongas - Hospital.
Em - 29/06 = fui em Jacarezinho. Clínicas.
Em - 30/06 = fui em Londrina. Hospitais.
Em - 01/07 = fui em Curitiba Hospital.
Em - 05/07 = fui em Londrina - Hospital.
Em - 06/07 = fui em Jacarezinho. Clínicas.
Em - 07/07 = fui em Jacarezinho 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 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