



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 334/2021

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 Londrina, Cornélio Procopio, Araongas, Campo Largo, Curitiba e Santo Antônio da Platina á Tratamento de Saúde.

Dia: 08/10/2021 **À:** 08/11/2021

Em, 09/11/2021.

FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO
Proponente

INFORMAÇÃO

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária. Conta de Despesa/Natureza da despesa

Em, 09/11/2021.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 03 diárias de R\$187,50 + 03 diárias de R\$125,00 + 01 diária de R\$80,00 + 03 diárias de R\$62,50 + 05 diárias de R\$ 40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

Em, 09/11/ 2021.

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$1404,50,00** (um mil e quatrocentos e quatro reais e cinquenta centavos), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante o nº. 03279-4, da agência nº.3882;

Nadir Sara Melo Fraga Cunha
Ordenador 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, tesouraria e/ou contabilidade) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal, anexado o motivo da viagem.

Adilson Martins Inácio
Assinatura do Responsável



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

NUMERO DE DIÁRIA

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

334/2021

MOTORISTA *Fernando Claudio Adriano*. 08/10 - 4 - 29/10/2021.

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
08-10-08:00	08-10-15:00	9	40,00	226535	326840	ESPIN B.C. 2218	Londrina	<i>[Signature]</i>
14-10-23:30	14-10-19:00	19	187,00	22762	228430	ESPIN B.C. 2218	Curitiba	<i>[Signature]</i>
16-10-16:30	16-10-22:30	6	40,00	296882	296959	AMPARANZA A.C.M 9642	Caeneto Procopio	<i>[Signature]</i>
18-10-02:30	18-10-11:30	8	40,00	22232	22369	AMPARANZA B.C. 722	Caeneto Procopio	<i>[Signature]</i>
19-10-04:30	19-10-18:00	13/30	125,00	141085	141409	VAN B.P.F. 4 H.19	Londrina	<i>[Signature]</i>
20-10-23:30	21-10-21:00	21/30	187,50	229737	230505	ESPIN B.S. 18	Curitiba + Largo	<i>[Signature]</i>
25-10-07:00	25-10-19:30	12	80,00	298816	298784	AMPARANZA Arm 9642	Caeneto Procopio	<i>[Signature]</i>
26-10-04:20	26-10-21:40	17	125,00	36892	368490	AMPARANZA B.A.C. 1824	Londrina + Amparo	<i>[Signature]</i>
27-10-02:30	27-10-11:45	9/30	40,00	96169	96311	AMPARANZA B.C.L 8476	Caeneto Procopio	<i>[Signature]</i>
28-10-08:30	28-10-14:50	6	40,00	191279	192366	AMPARANZA B.C.X	Santo Antonio Matim	<i>[Signature]</i>
28-10-23:30	29-10-18:00	18/30	187,50	231711	232544	ESPIN B.C. 2218	Curitiba	<i>[Signature]</i>
		R\$	1092,00					

+ 312,50
1404,50



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL

Unidade Administrativa: SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL

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 - 09-10 - fui em Londrina. Hospital + Clínicas.
Em - 14-10 - fui em Curitiba. Hospital + Clínicas.
Em - 16-10 - fui em Coaraci Prócipio Hospital.
Em - 18-10 - fui em Coaraci Prócipio. Hospital + Clínica.
Em - 19-10 - fui em Londrina Hospital + Clínicas.
Em - 20-10 - fui em Curitiba + C. LARGO. Hospital + Clínicas.
Em - 25-10 - fui em Coaraci Prócipio: Hospital.
Em - 26-10 - fui em Londrina + Apucarana. Hospital + Clínicas.
Em - 27-10 - fui em Coaraci Prócipio. Hospital + Clínicas.
Em - 28-10 - fui em Santo Antonio Platina. Hospital.
Em - 29-10 - fui em Curitiba. Hospital



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 02/11. Fui em Coenelto Pracoquio Clinicas.
Em 03/11. Fui em Coenelto Pracoquio Hospital + Clinicas.
Em 05/11 Fui em Coenelto Pracoquio clinica.
Em 08/11. Fui em Londrina Hospital # Clinicas.



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