



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

Processo Administrativo de Concessão de Diárias N°.228/2019.

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, Londrina, Curitiba, Campina Grande do Sul e Jacarezinho.

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, 16/08/2019.

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\$ 815,00 referente à concessão de diária(s), no período de 01/08/2019 à 15/08/2019 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.

Júlio César Pinheiro



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

Numero diária: 22/12/2019

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

MOTORISTA Francisco Claudio Adriano = 01/08 = R\$ 15/09/2019

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino / Justificativa	Assinatura
01-08	01-08	6/30	R\$ 40,00	44582	44772	011X 301-2232	Ribeirão Preto	
02-08	02-08	16	R\$ 80,00	290323	290583	011X 301-2232	londrina	
03-08	03-08	6/30	R\$ 40,00	46929	47208	011X 301-2219	londrina	
04-08	04-08	6/30	R\$ 40,00	65867	66111	011X 301-2219	londrina	
05-08	05-08	6/30	R\$ 40,00	53590	54073	011X 301-2218	londrina	
06-08	06-08	15/30	R\$ 80,00	35788	36079	011X 301-2218	londrina	
07-08	07-08	6	R\$ 40,00	54082	54313	011X 301-2218	londrina	
08-08	08-08	22/30	R\$ 125,00	4418	40423	011X 301-2218	londrina + C. Grande Sul	
09-08	09-08	8/30	R\$ 40,00	45185	45456	011X 301-2218	londrina	
10-08	10-08	24/29	R\$ 254,00	50954	51794	011X 301-2218	londrina + C. Grande Sul	
11-08	11-08	6	R\$ 40,00	51796	51923	011X 301-2218	londrina	
12-08	12-08	70+44	R\$ 815,00				londrina	

Obsec. Municipal de Saúde
70,00
30,00
915,00



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL
Unidade Administrativa: SECRETARIA 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

- Fui em Cornélio Leuar Paciente = Clínica.
- Fui em Londrina Leuar Paciente = Clínica + Hospital
- Fui em Londrina Leuar Paciente Hospital.
- Fui em Londrina Leuar Paciente Hospital.
- Fui em Londrina Leuar Paciente Hospital.
- Fui em Londrina Leuar Paciente Hospital + Clínica.
- Fui em Londrina Leuar Paciente Hospital.
- Fui em Curitiba Leuar Paciente Hospital + Clínica.
- Fui em Londrina Leuar Paciente Hospital.
- Fui em Curitiba Leuar Paciente Hospital + Clínica.
- Fui em Jacaretingo Leuar Paciente. Clínica.



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