

Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 107/2025
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 à cidade de Cornélio Procópio e Londrina a tratamento de saúde.

Dias: 10/02, 11/02, 17/02, 20/02 e 21/02.

Em: 24 de fevereiro de 2025.

FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO
Proponente

INFORMAÇÃO

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.

Conta de Despesa/Natureza da despesa: _____

Em: 24 de fevereiro de 2025.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 05 diárias de R\$80,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

Em, 24 de fevereiro de 2025.

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$400,00** (quatrocentos reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com nº. 03279-4, da agência nº.3882;

Deiziane Rodrigues Escaraber
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



3

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RIBEIRÃO DO PINHAL – PR
DIÁRIA DE MOTORISTAS

NÚMERO DIÁRIA: 107/2025 1
NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO
CPF: 556.662.569-04

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
10/02 06:00	10/02 16:30	9/30	80,00	88471	88758	Amb. 500-9 E-31	CONCRINA

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

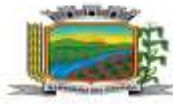
JUSTIFICATIVA: TRANSPORTE DE PACIENTES DA SAÚDE

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: _____
Valor unitário das diárias: 80,00 Valor a restituir: _____
Valor total das diárias: _____

- Canhotos, comprovantes das viagens de ônibus ou avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor (anexar);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso (anexar).

FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO



4

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RIBEIRÃO DO PINHAL – PR
DIÁRIA DE MOTORISTAS

NÚMERO DIÁRIA: 107/2025 2
NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO
CPF: 556.662.569-04

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
<u>11/02</u> <u>04:25</u>	<u>11/02</u> <u>21:00</u>	<u>16</u>	<u>80,00</u>	<u>198885</u>	<u>199217</u>	<u>ÔNIBUS</u> <u>R.C.L</u> <u>9476</u>	<u>LONDRINA</u>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

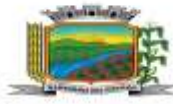
JUSTIFICATIVA: TRANSPORTE DE ACIDENTES
DA SAÚDE

VALOR SOLICITADO:

Nº de diária: _____
Valor unitário das diárias: 80,00 Valor a restituir: _____
Valor total das diárias: _____

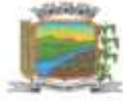
- Canhotos, comprovantes das viagens de ônibus ou avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor (anexar);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso (anexar).

FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

6

NUMERO DIÁRIA: 107/2025 3

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

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE
CPF: 556.662.569-04

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
17/02 06:50	17/02 19:00	12	8000	71736	72002	VAN SDV3 A 47	Londrina

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

TRANSPORTE de Pacientes da Saúde.

4. VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:
Valor Unitário das Diária: 80,00 Valor a Restituir:
Valor total das Diária:

5. LOCOMOÇÃO


Veículo: Placa:
Frota: Particular:

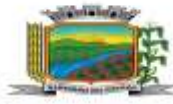
6. Canhotos comprovantes das viagens de Ônibus ou Avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor;

(colar em folhas anexadas este relatório);

7. Certificado ou documento que comprove a participação em evento pública ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexadas este relatório);


Assinatura do Servidor Beneficiário



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

9

NUMERO DIÁRIA:

107/2025

4

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

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE
CPF: 556.662.569-04

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
20/02 04:30	20/02 19:00	14	8000	199579	200280	ônibus B.C.L 9476	Londonia.

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

TRANSPORTE de Pacientes da Saúde.

4. VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária: 80,00

Valor a Restituir:

Valor total das Diária:

5. LOCOMOÇÃO

Veículo:

Placa:

Frota:

Particular:

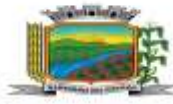
6. Canhotos comprovantes das viagens de Ônibus ou Avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor;

(colar em folhas anexadas este relatório);

7. Certificado ou documento que comprove a participação em evento pública ou o serviço prestado, se for o caso;

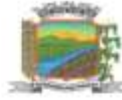
(colar em folhas anexadas este relatório);


Assinatura do Servidor Beneficiário



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

10

NUMERO DIÁRIA: 107/2025 5

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

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE
CPF: 556.662.569-04

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
21/02 05:30	21/02 17:30	12	80,00	86980	87180	ONIBUS S.D.2 9.6.67	Lozenho Prussia

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

TRANSPORTE de Pacientes da SAUDE.

4. VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:
Valor Unitário das Diária: 80,00 Valor a Restituir:
Valor total das Diária:

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 pública ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexadas este relatório);


Assinatura do Servidor Beneficiário