

Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 300/2024

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 Procopio e Bandeirantes a tratamento de saúde.

Dias: 09/04, 12/04, 19/04, 23/04, 24/04 e 25/04.

Em: 05 de maio 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: 05 de maio de 2025.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 06 diárias de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

Em, 05 de maio de 2025.

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$240,00** (duzentos e quarenta 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



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

NUMERO DIÁRIA:

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
09-04 05:00	09-04 14:00	9	40,00 00,00	85607	85785	ônibus BCP 2682	CORNELIO POCOPIO

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

TRANSPORTE de Pacientes da saúde.

4. VALOR SOLICITADO:

Número de Diária: 40,00

Valor Unitário das Diária: 40,00

Valor total das Diária: 40,00

Valor a Restituir:

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

NUMERO DIÁRIA:

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
12-04	12-04	6:30	4000	118 Km	118 266	Van 5EE-5 6-53	Ionenio + Banderantes.
06:00	1240						

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

Transporte de pacientes da saúde.

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor a Restituir:

Valor total das Diária:

4. Canhotos comprovantes das viagens de Ônibus ou Avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor; (colar em folhas anexas este relatório);

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

(colar em folhas anexas 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

8

NUMERO DIÁRIA:

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
19-04 07:00	19-04 07:00	9	4000	82999	83131	VAN S.D.V. 3A.47	Genálio Procópio

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

Transporte de Pacientes da Saúde.

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor a Restituir:

Valor total das Diária:

4. 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);

5. 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:

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
23-04 10:00	23-04 18:30	9	4000	166474	166612	606 3ED 2A-92	Cornelio Protopio

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

Transporte de Paciente Saúde.

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor a Restituir:

Valor total das Diária:

4. 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);

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

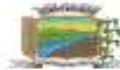
(colar em folhas anexadas este relatório);


Assinatura do Servidor Beneficiário



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

11

NUMERO DIÁRIA:

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 de Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
24/04 11:00	24-04 12:00	6	4000	83400	83538	Van 5.8V. 3A 47	Centro de Saúde

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

Transporte de Pacientes da Saúde.

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor a Restituir:

Valor total das Diária:

4. 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);

5. 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

12

NUMERO DIÁRIA:

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
25-04 09:00	25-04 15:00	6	4000	49743	49903	SPH F.D.F. 5J53	Centro Bandeirante.

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO
Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

Transporte de Pacientes da Saúde.

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor a Restituir:

Valor total das Diária:

4. 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);

5. 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