



PREFEITURA DE
RIBEIRÃO DO PINHAL
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.31/2021.
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 Curitiba, Campina Grande do Sul, Londrina, Arapongas, Santo Antonio da Platina.

VALOR DA DIÁRIA – R\$1,025,00 (um mil e vinte cinco reais)

Francisco Cláudio Adriano

INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

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

Em, 10/02/2021.

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\$1025,00 referente à concessão de diária(s), no período de 18/01/2021 à 09/02/2021 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: 31/2021

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

MOTORISTA: Francisco Claudio Adriano: 18-01 - A - 09-02-2021.

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
18-01-05:00	18-01-20:20	15	12500	138525	139320	Ambulância B.80.7893	Coritiba + C. Grande. Sul.	
21-01-23:30	22-01-23:00	23	12500	109074	109903	Ambulância VAN. R2E.4119	Coritiba + C. Grande Sul	
23-01-05:30	23-01-15:00	10	4900	161651	162083	EX DIN B.C1.2218	Londrina + Apoponeas	
25-01-07:00	25-01-14:00	5	4000	246046	246139	Ambulância A2M.8175	Santo Antonio Parana	
26-01-03:30	26-01-23:10	19	12500	110256	111025	VAN B.B.54119	Coritiba + C. Grande Sul	
28-01-08:00	28-01-14:10	6	4000	338309	338449	OM1305 BAC.7824	Coritiba + Recup. Londrina + Apoponeas.	
29-01-04:30	29-01-20:30	16	8000	338449	338821	OM1605 BAC.7824	Londrina + Apoponeas.	
01-02-23:30	02-02-23:45	23/45	35000	38694	39515	REC.0912 VAN	Coritiba + C. Grande. Sul.	
04-02-05:00	04-02-12:05	7	4000	138606	138895	OM11X B.C1.2219	Londrina.	
05-02-09:00	05-02-19:10	10	4000	145074	143334	Ambulância B3V.7893	Londrina.	
08-02-04:30	08-02-14:30	10	4000	256960	257292	Ambulância A2M.8175	Apoponeas.	
09-02-04:30	09-02-18:30	14	8000	40275	40360	VAN B.C1.2219	Londrina.	

29 1025,00



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

- Fui em Curitiba + C. Grande Sul. Hospital
- Fui em Curitiba + C. Grande Sul. Hospital.
- Fui em Londrina + Arapongas. Hospital.
- Fui em Santo Antônio Platina. Clínica.
- Fui em Curitiba + C. Grande do Sul. Hospital.
- Fui em Cornélio Procopio. Clínica.
- Fui em Londrina + Arapongas. Hospital + Clínica
- Fui em Curitiba + C. Grande Sul. Hospital + Clínica
- Fui em Londrina - Hospital.
- Fui em Londrina - Hospital.
- Fui em Arapongas Hospital.
- Fui em Londrina. Hospital + 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 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