



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.153/2021.**

**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, Curitiba, Jacarezinho e Cornélio Procópio, Ivaiporã, Arapongas e Bandeirantes.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$810,00(oitocentos e dez reais)

\_\_\_\_\_  
Francisco Cláudio Adriano

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 21/06/2021.

\_\_\_\_\_  
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\$810,00 referente à concessão de diária(s), no período de 25/05/2021 à 17/06/2021 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: 153/2021

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

MOTORISTA Francisco Claudio Adriano 25/05-A-17106/2021.

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
25-05 04:30	25-05 14:30	10	40,00	193163	193509	ES217	londrina	[Signature]
26-05 04:30	26-05 12:30	8	40,00	193509	193653	ES217	Traceminho	[Signature]
26-05 23:30	27-05 21:30	22	125,00	124761	125558	ES217	Curitiba	[Signature]
01-06 07:00	01-06 13:45	6,30	40,00	193882	173000	ES217	Coenelva Peçyriv	[Signature]
02-06 04:30	02-06 20:05	16	80,00	346269	346597	ES217	londrina	[Signature]
04-06 17:30	04-06 01:30	8	40,00	277150	277268	ES217	Bandeirantes	[Signature]
07-06 06:00	07-06 14:00	8	40,00	19505	196356	ES217	Coenelva Peçyriv	[Signature]
09-06 12:00	09-06 21:45	9	40,00	126502	126951	ES217	londrina + Apoyonax	[Signature]
09-06 13:00	09-06 20:30	13	40,00	2774	3236	ES217	Coenelva Peçyriv + londrina	[Signature]
14-06 06:30	14-06 20:30	14	125,00	176575	177177	ES217	Coenelva Peçyriv + Apoyonax + londrina	[Signature]
15-06 04:30	15-06 19:00	15	80,00	347667	349095	ES217	londrina + Apoyonax	[Signature]
16-06 05:30	16-06 17:35	12	80,00	165618	165910	ES217	londrina	[Signature]
17-06 07:30	17-06 14:30	7	40,00	198020	198159	ES217	Coenelva Peçyriv	[Signature]

24 810,00



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

25/05 - Fui em Londrina Hospital + Clinicas  
26/05 - Fui em Jacarezinho Hospital.  
27/05 - Fui em Curitiba Hospital + Clinicas  
01/06 - Fui em Coenelxo Procopio Hospital.  
02/06 - Fui em Londrina Hospital + Clinicas  
04/06 - Fui em Bandeirantes Hospital.  
07/06 - Fui em Coenelxo Procopio Hospital.  
08/06 - Fui em Londrina + Apopongar Hospital + Clinicas  
09/06 - Fui em Coenelxo Procopio + Londrina Hospital + Clinicas  
14/06 - Fui em Ivaipora + Apopongar + Londrina Hospital.  
15/06 - Fui em Londrina + Apopongar Hospital + Clinicas  
16/06 - Fui em Londrina Hospital  
17/06 - Fui em Coenelxo Procopio



**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