



**PREFEITURA DE**  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**  
ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal de Saúde

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.236/2021.**

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

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$1.117,50 (um mil cento e dezessete cinquenta centavos).

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

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 03/09/2021.

\_\_\_\_\_  
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\$1.117,50 referente à concessão de diária(s), no período de 05/08/2021 à 31/08/2021 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: 236/2021

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

MOTORISTA Francisco Claudir Adelino - Em - 05/08 - A - 31/08/2021.

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
05-08 04:00	05-08 17:30	13	80,00	180609	180909	OMIX 3.C.19	Londrina	<i>[Signature]</i>
06-08 09:00	06-08 22:00	13	80,00	284758	285082	Ambulância A.C.M. 4.C.42	Londrina + Coenfilo R.	<i>[Signature]</i>
08-08 23:30	09-08 18:20	19	187,50	181264	182048	OMIX 3.C.19	Curitiba	<i>[Signature]</i>
08-08 08:00	11-08 18:30	10 30	80,00	190875	191151	Ambulância 3.C.19 78.93	Londrina	<i>[Signature]</i>
12-08 04:30	12-08 22:00	18	80,00	246746	357138	OMIBUS 3.C.19 78.93	Londrina + Apucaranas	<i>[Signature]</i>
17-08 04:30	17-08 20:30	18	142,50	90358	90758	OMIBUS 3.C.19 78.93	Londrina + Apucaranas	<i>[Signature]</i>
18-08 05:30	18-08 17:30	12	80,00	61622	61790	OMIBUS 3.C.19 78.93	Coenfilo Raccardi	<i>[Signature]</i>
20-08 12:00	20-08 18:30	6 30	40,00	180578	180720	OMIX 3.C.19 78.93	Coenfilo Raccardi	<i>[Signature]</i>
21-08 11:00	21-08 21:00	10	40,00	192392	193153	Ambulância 3.C.19 78.93	Londrina + Apucaranas	<i>[Signature]</i>
23-08 06:30	23-08 13:00	6 30	40,00	288068	288190	Ambulância 4692	Londrina + Apucaranas	<i>[Signature]</i>
25-08 23:30	26-08 21:30	22	187,50	134485	135295	KAN 4.C.19	Curitiba	<i>[Signature]</i>
31-08 04:30	31-08 21:00	17	80,00	10973	11454	ESDIP E.D.H.82	Londrina + Apucaranas	<i>[Signature]</i>

RS 1,117,50



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

Em - 05/08 = fui Londrina - Hospital + clínicas.  
Em - 06/08 = fui Londrina + Cornélio, Hospital + clínicas.  
Em - 09/08 = fui Curitiba, Hospital.  
Em - 11/08 = fui Londrina, Hospital + clínicas.  
Em - 12/08 = fui Londrina + Apaxomem Hospital + clínicas.  
Em - 17/08 = fui Londrina + Apaxomem Hospital + clínicas.  
Em - 18/08 = fui Cornélio. Hospital + clínicas.  
Em - 20/08 = fui Cornélio. Clínicas.  
Em - 21/08 = fui Londrina + Apaxomem Hospital + clínicas.  
Em - 23/08 = fui Bandeirantes, clínica.  
Em - 26/08 = fui Curitiba Clínicas + Hospital.  
Em - 31/08 = fui Londrina + Apaxomem Hospital +



**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