



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

Secretaria Municipal de Saúde

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.292/2021.**

**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\$820,00 (oitocentos e vinte reais).

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

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 07/10/2021.

\_\_\_\_\_  
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\$820,00 referente à concessão de diária(s), no período de 01/09/2021 a 17/09/2021 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.

\_\_\_\_\_  
Adilson Martins Inácio



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

Secretaria Municipal de Saúde

NUMERO DIÁRIA:

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

MOTORISTA Francisco Claudio Adriano. 0109. - A-17/09/2021.

| DATA/HORA SAÍDA | DATA/HORA CHEGADA | TOTAL HORA | VALOR DIÁRIA  | SAÍDA KM | CHEGADA KM | PLACA                     | DESTINO/JUSTIFICATIVA | ASSINATURA |
|-----------------|-------------------|------------|---------------|----------|------------|---------------------------|-----------------------|------------|
| 01-09. 03:30    | 01-09. 19:30      | 16         | 12500         | 300 184  | 200 424    | 0712US<br>4824            | Londeira.             |            |
| 02-09. 08:00    | 02-09. 17:00      | 9          | 8000          | 195 299  | 195 547    | Ambulância<br>830<br>7893 | Centro Psiquiátrico.  |            |
| 06-09. 06:00    | 06-09. 17:00      | 12         | 8000          | 219 195  | 219 481    | 5511D<br>237B             | Londeira.             |            |
| 08-09. 13:30    | 08-09. 19:30      | 5          | 4000          | 197-015  | 197 096    | Ambulância<br>830<br>7893 | Santo Antonio Parana. |            |
| 09-09. 07:00    | 09-09. 21:00      | 14         | 13500         | 190 096  | 197 368    | Ambulância<br>830<br>7893 | Centro Psiquiátrico.  |            |
| 10-09. 04:30    | 10-09. 14:30      | 10         | 6250          | 290 289  | 290 417    | Ambulância<br>9662        | Jacareinho.           |            |
| 13-09. 04:30    | 13-09. 18:30      | 14         | 8000          | 135 553  | 155 685    | VAV<br>4-A-19             | Jacareinho            |            |
| 14-09. 11:00    | 14-09. 17:00      | 6/30       | 4000          | 148 290  | 198 481    | Ambulância<br>830<br>7893 | Centro Psiquiátrico.  |            |
| 15-09. 04:30    | 15-09. 20:00      | 15         | 12500         | 135 814  | 136 119    | VAV<br>4-A-19             | Londeira              |            |
| 17-09. 04:30    | 17-09. 18:30      | 9          | 6250          | 291 262  | 291 386    | Ambulância<br>830<br>7893 | Jacareinho            |            |
|                 |                   | <b>77</b>  | <b>820,00</b> |          |            |                           |                       |            |



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-01-09- Fui em Londrina. Hospital e Clínicas.
- 02-09- Fui em Coanelio Procópio. Fui Clínica.
- Em-05-09 Fui em Londrina Hospital + Clínicas.
- Em-08-09. Fui em Santo Antônio. Clínica.
- Em-09-09. Fui em Coanelio Procópio. Clínicas.
- Em-10-09. Fui em Jacarecinho. Clínica.
- Em-13-09. Fui em Jacarecinho. Hospital.
- Em-14-09. Fui em Coanelio Procópio. Hospital +
- Em-15-09. Fui em Londrina. Hospital + Clínicas.
- Em-17-09. Fui em Jacarecinho. 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 Unitário das Diárias: | Valor a Restituir: |
| 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