



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

Secretaria Municipal de Saúde

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.293/2021.**  
**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 Procopio, Jacarezinho e Ourinhos Curitiba .

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$1.182,50 (um mil cento e oitenta e dois reais e cinquenta centavos).

\_\_\_\_\_  
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\$1.182,50 referente à concessão de diária(s), no período de 18/09/2021 a 05/10/2021 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

29/3/2021

MOTORISTA Francisco Claudio Adriano em 18/09 - A - 05/10/2021

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
18-09-19:40	18-09-07:40	12	8000	199467	199712	Vanio <sup>Amplio</sup> 880 3893	Londrina.	
19-09-23:30	20-09-20:00	20	18750	136909	137600	VAN 822 F.4. H.19	LUITIZA.	
23-09-04:00	23-09-18:00	11	6250	13569	13703	SPIN 8825	TACARECINHO	
24-09-04:00	24-09-13:10	9	6250	427585	427722	ONIBUS 4345	TACARECINHO	
27-09-04:30	27-09-19:30	15	12500	36341	363737	ONIBUS 4824	Londrina.	
28-09-06:30	28-09-12:30	6	4000	13711	13856	SPIN 8825	Londrina + Picozinho	
29-09-23:30	30-09-18:30	19	18750	51847	52611	VAN 820 9912	LUITIZA	
01-10-06:30	01-10-12:40	6	6250	224990	225151	SPIN 8825	Londrina + Picozinho	
02-10-06:30	02-10-13:00	6/30	6250	191228	191477	ONIX 8350	OURINHOS.	
04-10-04:30	04-10-17:10	12/30	12500	364201	364528	ONIBUS 4824	Londrina.	
05-10-11:00	06-10-05:30	18	18750	203828	204299	Amplio 8825	LUITIZA + Picozinho.	
			<b>118250</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

Fui em Londrina dia 18-09 - Hospital + Clínicas.  
Fui em Curitiba dia 19-09 - Hospital + Clínicas.  
Fui em Jacarecinho dia 23-09 - Hospital.  
Fui em Jacarecinho dia 24-09 - Hospital.  
Fui em Londrina dia 27-09 - Hospital + Clínicas.  
Fui em Coarês do Pico dia 28-09 - Clínicas.  
Fui em Curitiba dia 29-09 - Hospital + Clínicas.  
Fui em Coarês do Pico dia 01-10 - Clínicas.  
Fui em Aveiras dia 02-10 - Clínicas.  
Fui em Londrina dia 04-10 - Hospital + Clínicas.  
Fui em Curitiba dia 05-10 - 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