



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

Secretaria Municipal de Saúde

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.027/2022.**

**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, Jacarezinho, Bandeirantes, São Jerônimo da Serra, Ribeirão Preto, Curitiba e Campo Largo.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$1.780,00 (um mil setecentos e oitenta reais).

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

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 09/02/2022.

\_\_\_\_\_  
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\$1.780,00 referente à concessão de diária(s), no período de 05/01/2022 a 03/02/2022 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 DE DIARIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL/PR  
DIARIAS DE MOTORISTAS

MOTORISTA Fernando Dutra Adriano. 05/01 - 04/02/2022.

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
05/01-05:00	05/01-17:00	12	125,00	346,336	347,033	B.C.T. 2218	Londrina + Hosp. de Londrina	[Assinatura]
06/01-09:00	06/01-16:00	7/30	40,00	215,711	215,839	R.B.V. 7893	Somenteinho	[Assinatura]
07/01-09:30	07/01-19:00	14/30	80,00	102,163	103,056	R.C.L. 9426	Londrina	[Assinatura]
08/01-09:30	08/01-23:40	24/10	250,00	103,056	103,931	R.C.L. 9426	Londrina + Hosp. de Londrina	[Assinatura]
09/01-09:30	09/01-19:00	14/30	125,00	380,681	381,050	R.A.C. 7824	Londrina + Hosp. de Londrina	[Assinatura]
10/01-09:30	10/01-19:00	14/30	125,00	204,234	204,590	R.C.A. 2232	Londrina + Hosp. de Londrina	[Assinatura]
11/01-09:30	11/01-19:00	8/30	65,00	429,015	429,220	A.S.E. 1593	SAB Tremembé	[Assinatura]
12/01-13:30	12/01-01:30	12	125,00	319,600	319,922	R.B.U. 7893	Somenteinho + Londrina	[Assinatura]
13/01-10:00	13/01-16:30	6/30	25,00	616,61	624,96	A.E.M. 9642	Londrina	[Assinatura]
14/01-09:30	14/01-23:40	24/10	250,00	105,442	105,760	R.C.D. 9412	Londrina	[Assinatura]
15/01-10:00	15/01-23:40	17	125,00	312,037	312,293	R.C.M. 9642	Londrina	[Assinatura]
16/01-09:30	16/01-17:30	7	125,00	277,80	277,80	R.B.H. 5.882	Recreio Preto	[Assinatura]
17/01-09:30	17/01-16:30	7	40,00	429,220	429,353	A.S.E. 1593	Somenteinho	[Assinatura]
18/01-09:30	18/01-16:30	7	40,00	354,425	354,425	R.C.I. 2218	Somenteinho	[Assinatura]
19/01-09:30	19/01-11:30	2	20,30	254,425	255,208	R.C.I. 2218	Juiz de Fora	[Assinatura]
20/01-09:30	20/01-11:30	2	20,30					[Assinatura]
			1.180,00					



**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**  
UTILIZAÇÃO DE DIÁRIA

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Unidade Administrativa: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
NOME DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO:  
CPF:  
Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

**2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO**

Destino:

Data de Saída:

Hora de Saída:

Data de Chegada:

Hora de Chegada:

**3. JUSTIFICATIVA**

Em. 05-01. Fui em Londrina + Aponeas. Hospital + clínicas.  
Em. 06-01. Fui em Jacareizinho. Hospital.  
Em. 07-01. Fui em Londrina. Hospital + clínicas.  
Em. 09-01. Fui em Curitiba + Angelina Leon. Hospital + clínicas.  
Em. 14-01. Fui em Londrina + Aponeas. Hospital + clínicas.  
Em. 20-01. Fui em Londrina + Aponeas. Hospital + clínicas.  
Em. 21-01. Fui em São Jeovino. Hospital.  
Em. 22-01. Fui em Bandeirantes. Hospital.  
Em. 23-01. Fui em Londrina. Hospital.  
Em. 25-01. Fui em Curitiba. Hospital.  
Em. 26-01. Fui em Londrina. Hospital.  
Em. 28-01. Fui em Londrina. Hospital + clínicas.  
Em. 29-01. Fui em Ribeirão Preto. Clínicas.  
Em. 02/01. Fui em Jacareizinho. Hospital.  
Em. 03/01. Fui em Jacareizinho. Hospital.  
Em. 04/01. Fui em Curitiba + C. Largo. 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