



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.067/2022.**

**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, Arapongas, Curitiba e Campo Largo e Santa Mariana.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$842,50 (oitocentos e quarenta 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, 08/03/2022.

\_\_\_\_\_  
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\$842,50 referente à concessão de diária(s), no período de 21/02/2022 à 07/03/2022 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 DIÁRIA:

067/2022

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

MOTORISTA Francisco claudio Adriano. Em = 21/02 - A-07/03/2022

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
21-02-14:30	21-02-20:55	6/20	40,00	261554	261828	Am. Du. Pinhal 126 8175	Londrina.	[Signature]
22-02-10:30	22-02-18:40	8/10	62,50	261132	262132	Am. Du. Pinhal 126 8175	Londrina.	[Signature]
23-02-04:30	23-02-21:10	16/30	125,00	385177	385513	Am. Du. Pinhal S.A.C. 7820	Londrina + Apucarana.	[Signature]
24-02-03:30	24-02-11:30	8	40,00	209292	209455	Am. Du. Pinhal S.C.I. 2382	Toulandia + Jacarembó	[Signature]
25-02-06:00	25-02-12:30	6/30	40,00	316697	316952	Am. Du. Pinhal A.E.M. 9692	Londrina.	[Signature]
26-02-12:30	26-02-18:40	6/10	62,50	317080	317408	Am. Du. Pinhal A.E.M. 9692	Londrina + Apucarana.	[Signature]
27-02-11:00	27-02-17:30	6/30	62,50	317408	317725	Am. Du. Pinhal A.E.M. 9692	Loandio + Apucarana.	[Signature]
28-02-08:30	28-02-19:40	20	125,00	29620	30308	Am. Du. Pinhal S.A.C. 7820	Queitiba + L. LOES	[Signature]
02-03-10:30	02-03-19:00	8/30	62,50	210227	210366	Am. Du. Pinhal S.A.C. 7820	santa Ineuva + Toulandia	[Signature]
04-03-04:30	04-03-21:50	17	80,00	386694	386962	Am. Du. Pinhal S.A.C. 7820	Londrina.	[Signature]
07-03-04:30	07-03-17:00	12/30	80,00	30307	30609	Am. Du. Pinhal S.A.C. 7820	Londrina.	[Signature]
		77	842,50					



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Unidade Administrativa: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
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

21/02 = fui em londrina Hospital.  
22/02 = fui em londrina Hospital.  
23/02 = fui em londrina + Arapongas. Hospital e clínicas  
24/02 = fui em traubandia + Jacarecintão Hospital.  
25/02 = fui em londrina. fui no Hospital.  
26/02 = fui em londrina + Apapongas. Hospital e clínicas  
27/02 = fui em Coaracy + Apapongas. Hospital + clínicas  
28/02 = fui em Curitiba + C. Largo. Hospital + clínicas  
02/03 = fui em traubandia + Santa Inês. Hospital.  
04/03 = fui em londrina Hospital + clínicas  
07/03 = fui em londrina 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