



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 1062/2025
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 à cidade de Cornélio e Londrina a tratamento de saúde.

Dias: 08/10, 20/10, 24/10, 22/10, 28/10, 03/11, 10/11, 13/11, 21/11, 27/11, 28/11.

Em: 05 de dezembro de 2025.

FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO

Proponente

INFORMAÇÃO

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.

Conta de Despesa/Natureza da despesa:_____

Em: 05 de dezembro de 2025.

Marcelo Corinth
Contador

CONCESSÃO

Concedo 11 diárias de R\$80,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

Em, 05 de dezembro de 2025.

Dartagnan Calixto Fraiz
Prefeito Municipal

PAGAMENTO/RECEBIMENTO

Paga a importância de **R\$880,00** (oitocentos e oitenta reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com nº. 03279-4, da agência nº.3882;

Deiziane Rodrigues Escaraber
Ordenador 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, tesouraria e/ou contabilidade) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal, anexado o motivo da viagem.

Ivan Benedito Helbel Filho
Assinatura do Responsável



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

Secretaria Municipal de Saúde



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

3

NUMERO DIÁRIA: 1062/2025

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

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 556.662.569-04

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
08 - 00 03:30	08 - 10 17:38	12	8000	198 220	198 403	ONIBUS BCW 3F 15	Caetano Preceptor

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

Transporte de Pacientes da Saúde.

4. VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

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 público ou o serviço prestado, se for o caso;

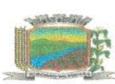
(colar em folhas anexadas este relatório);

[Signature]
Assinatura do Servidor Beneficiário



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

Secretaria Municipal de Saúde



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

11

NUMERO DIÁRIA: 1062/2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 556.662.569-04

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
20-10 07:00	20-10 20:30	12	8000	280302	28610	Van B.D.F. 44.19	Londrina.

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

Transporte de pacientes da Saúde.

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diárias:

Valor total das Diárias:

4. 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);

5. Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso;

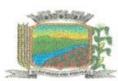
(colar em folhas anexadas este relatório);

[Signature]
Assinatura do Servidor Beneficiário



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

Secretaria Municipal de Saúde



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

13

NUMERO DIÁRIA: 1062/2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 556.662.569-04

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
24-10 07:13	24-10 19:00	12	8000	152618	152890	Van SEE 56.53	Londrina.

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

Transporte de Pacientes da Saúde

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

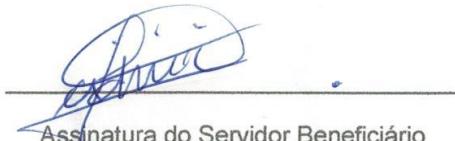
Valor Unitário das Diárias:

Valor total das Diárias:

4. 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);

5. Certificado ou documento que comprove a participação em evento pública ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexadas este relatório);

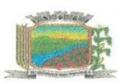


Assinatura do Servidor Beneficiário



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

Secretaria Municipal de Saúde



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

12

NUMERO DIÁRIA: 1062/2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 556.662.569-04

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
22-10 07:30	22-10 18:30	11	8000	320046	32333	Am. 7.A.T. 44.98	Londrina

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

Transporte de pacientes da Saúde

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diárias:

Valor total das Diárias:

4. 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);

5. Certificado ou documento que comprove a participação em evento pública ou o serviço prestado, se for o caso;

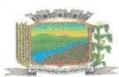
(colar em folhas anexadas este relatório);


Assinatura do Servidor Beneficiário



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

Secretaria Municipal de Saúde



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

14

NUMERO DIÁRIA: 1062/2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 556.662.569-04

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
28-10 08:00	28-10 21:40	12	8000	153492	153875	SEE 5653	Londrina

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

Transporte de pacientes da Saúde.

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diárias:

Valor total das Diárias:

4. 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);

5. Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso;

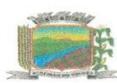
(colar em folhas anexadas este relatório);

Assinatura do Servidor Beneficiário



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

Secretaria Municipal de Saúde



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

17

NUMERO DIÁRIA: 1062/2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 556.662.569-04

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
08-11 06:30	03-11 18:40	12	8000	80910	81212	SPIN S.F.D 5653	Londrina

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

Transporte de pacientes da Saúde.

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diárias:

Valor total das Diárias:

4. 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);

5. Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso;

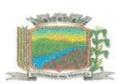
(colar em folhas anexadas este relatório);

[Signature]
Assinatura do Servidor Beneficiário



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

Secretaria Municipal de Saúde



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

20

NUMERO DIÁRIA: 1062/2025

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE
CPF: 556.662.569-04

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
10/11 03:06	10/11 17:00	14	8000	152998	153296	Onibus 505 90.63	Londrina .

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

Transporte de pacientes da Saúde .

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diárias:

Valor a Restituir:

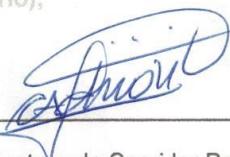
Valor total das Diárias:

4. 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);

5. Certificado ou documento que comprove a participação em evento pública ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexadas este relatório);


Assinatura do Servidor Beneficiário



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

Secretaria Municipal de Saúde



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

21

NUMERO DIÁRIA: 1062/2025

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO
CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE
CPF: 556.662.569-04

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA ÔNIBUS	DESTINO
08:15 13-11	17:00 13-11	14	8000	100805	101095	502 96.67	Londrina.

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. JUSTIFICATIVA

Transporte de pacientes da Saúde.

VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diárias:

Valor a Restituir:

Valor total das Diárias:

4. 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);

5. Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexadas este relatório);

[Signature]
Assinatura do Servidor Beneficiário



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

Secretaria Municipal de Saúde



24

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

Numero da Diária: 1062/2025

IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL

Unidade Administrativa: SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 556.662.569-04

DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
21/11 04:00	21/11 18:00	14	8000	101738	102036	ONIBUS 5.DZ 96.67	Londrina

JUSTIFICATIVA

Transporte de pacientes da Saúde.

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias:

Valor Total:

6. Canhotos comprovantes das viagens de Ônibus ou Avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor;

(colar em folhas anexas este relatório);

7. Certificado ou documento que comprove a participação em evento publica ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexas este relatório);

Francisco Cláudio Adriano
Assinatura do Servidor Beneficiário



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

Secretaria Municipal de Saúde



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

28

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

Numero da Diária: 106282025

IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL

Unidade Administrativa: SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 556.662.569-04

DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
27/11	27/11			203881		Ônibus	
05:30	17:30	12	8000		204051	B.CW 3F 15	Joacaba Pecolito Pecolito

JUSTIFICATIVA

Transporte de pacientes da Saúde

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias:

Valor Total:

6. Canhotos comprovantes das viagens de Ônibus ou Avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor;

(colar em folhas anexas este relatório);

7. Certificado ou documento que comprove a participação em evento publica ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexas este relatório);

[Signature]
Assinatura do Servidor Beneficiário

Rua Paraná 983 – Ribeirão do Pinhal/PR - CEP: 86.490-000 - Fone: (43) 3551-8300
CNPJ: 76.968.064/0001-42 - e-mail: administracao@ribeiraodopinhal.pr.gov.br

Rua Paraná 983 – Ribeirão do Pinhal/PR - CEP: 86.490-000 - Fone: (43) 3551-8300
CNPJ: 76.968.064/0001-42 - e-mail: administracao@ribeiraodopinhal.pr.gov.br



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

Secretaria Municipal de Saúde



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

29

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

Numero da Diária: 1062/2025

IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL

Unidade Administrativa: SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL

NOME: FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO

CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA DA SAÚDE

CPF: 556.662.569-04

DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
28/11 05:00	28/11 16:16	12	8000	50353	50658	T.A.T. 44.95	Londrina

JUSTIFICATIVA

Transporte de pacientes da Saúde.

4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias:

Valor Total:

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