



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 194/2023**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** CLÁUDIO ROBERTO FIRMINO

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 018.474.589-63

**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Transporte de paciente à cidade de Bandeirantes, Arapongas, Curitiba, Cornélio Procópio, e Londrina à tratamento de saúde.

**de:** 20/04/2023

**à:** 28/04/2023

**Em,** 01 de maio de 2023.

\_\_\_\_\_  
CLÁUDIO ROBERTO FIRMINO  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

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

Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_

**Em:** 01 de maio de 2023.

\_\_\_\_\_  
Marcelo Corinth  
Contador

**CONCESSÃO**

Concedo 03 diárias de R\$40,00 + 01 diárias de R\$80,00 + 01 diárias de R\$125,00 + 01 diárias de R\$250,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em:** 20 de abril de 2023.

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$575,00** (quinhentos e setenta e cinco reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com o nº: 15342-6, da agência nº.3882.

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
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.

\_\_\_\_\_  
Adilson Martins Inácio  
Assinatura do Responsável



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

Secretaria Municipal de Saúde

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



NUMERO DIÁRIA:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIAS DE MOTORISTAS

194-2023

MOTORISTA *Claudio Roberto Simoni*

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
26/04/23   06:00	26/04/23   06:30	06:30	40,00	236775	236877	BCA2279	Coneho Negro	
24/04/23   07:00	24/04/23   07:00	07:00	40,00	236877	237002	BCA2279	Coneho Negro	
25/04/23   23:30	25/04/23   00:00	24:30	250,00	322994	322756	BCA2278	Curitiba	
26/04/23   06:30	26/04/23   07:00	07:00	80,00	237227	237507	BCA2279	Londrina	
27/04/23   05:00	27/04/23   07:30	07:30	225,00	282848	282200	BBU7893	Cratogeomys	
28/04/23   08:00	28/04/23   08:30	08:30	40,00	282200	282299	BBU7893	Parque	
			575,00					





RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL

Unidade Administrativa: SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL

Nome do Servidor Beneficiário: *Claudio Roberto Ferrante*

CPF: *078474589-63*

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

*transporte de sacos para ->*

*Curitiba  
Londrina  
Bandeirantes  
Marombas  
Coneho Branco*





4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias: 03 de 40,00 + 01 de 80,00 + 01 de 250,00 + 01 de 125,00  
Valor Unitário das Diárias: Valor a Restituir: 575,00  
Valor total das Diárias:

5. LOCOMOÇÃO

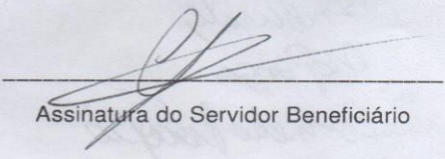
Veículo: Placa:  
Frota: Particular:

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