



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº: 83/2025**  
**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 Londrina à tratamento de saúde.

**Dias:** 13/02.

**Em,** 17 de fevereiro de 2025.

\_\_\_\_\_  
CLÁUDIO ROBERTO FIRMINO

Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária. Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_

**Em:** 17 de fevereiro de 2025.

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

Contador

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diária de R\$80,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em:** 17 de fevereiro de 2025.

0

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz

Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$80,00** (oitenta reais) referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com o nº: 9681-4 da agência Banco do Brasil 47-7

\_\_\_\_\_  
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.

\_\_\_\_\_  
Adilson Martins Inácio

Assinatura do Responsável



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

NÚMERO DIÁRIA: 83/2025  
NOME: CLÁUDIO ROBERTO FERMINO  
CPF: 018.474.589-63

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
13/02/25 04:40	13/02/25 17:20	12:20	80,00	8627	86428	RHU 4E95	Londrina


NÚMERO DIÁRIA: \_\_\_\_\_  
NOME: CLÁUDIO ROBERTO FERMINO  
CPF: 018.474.589-63

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**  
Utilização de Diárias

JUSTIFICATIVA: Transporte de Paciente para ->  
Londrina

VALOR SOLICITADO:  
Nº de diária: \_\_\_\_\_  
Valor unitário das diárias: \_\_\_\_\_ Valor a restituir: Zero  
Valor total das diárias: \_\_\_\_\_

- Canhotos, comprovantes das viagens de ônibus ou avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor (anexar);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso (anexar).

  
CLÁUDIO ROBERTO FERMINO