



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias N°. 401/2018.**

**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** CLAUDIO ROBERTO FIRMINO

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 018.474.589-63

**LOCAL, SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:**

Transporte de pacientes às cidades de Cornélio Procópio, Londrina, Curitiba e Arapongas.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 650,00 (Seiscentos e cinquenta reais)

\_\_\_\_\_  
Cláudio Roberto Firmino

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 11/09/2018.

\_\_\_\_\_  
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.

\_\_\_\_\_  
Vanderlene Silveira de Rezende  
Ordenadora de Despesas

**CONCESSÃO**

Concedo diárias solicitadas, conforme relatório do supervisor em anexo. Requisite-se e pague(m)-se;

\_\_\_\_\_  
Wagner Luiz de Oliveira Martins  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$ 650,00 referente à concessão de diária(s), no período de 28/08/2018 à 10/09/2018 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº..... para a conta corrente do solicitante com o nº. 15342-6, da agência nº.3882;

\_\_\_\_\_  
Vanderlene Silveira de Rezende  
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.

\_\_\_\_\_  
Vanderlene Silveira de Rezende



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

Secretaria Municipal de Saúde

Numero diária:

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

**MOTORISTA**

*Cláudio Roberto Zaminio*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino / Justificativa	Assinat
28/08/17:30	29/08/18:00	06:30	40,00	149,64	149,294	B942786	Paraná Picope	
29/08/18/04:30	29/08/18:30	14:00	80,00	267,27	262,622	AY109670	Paraná	
30/08/18/05:00	30/08/27:30	16:30	125,00	149,294	750599	B742786	Curitiba	
03/09/18/04:30	07/09/18:30	14:00	80,00	227,669	221,937	BAC7824	Paraná	
04/09/18/08:30	04/09/14:00	06:30	40,00	184,45	784280	42L1145	Paraná Picope	
04/09/18/23:00	05/09/18:30	19:00	125,00	737	145	DC12218	Curitiba	
06/09/18/04:30	06/09/19:30	15:00	80,00	222,655	222,952	14C7824	Paraná	
14/09/18/04:30	14/09/18:45:30	15:30	80,00	222,952	227,310	BAC7824	Paraná Picope	
			650,00					

*[Signature]*



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Unidade Administrativa: Poder Executivo – (colocar Secretaria ou departamento)  
Nome do Servidor Beneficiário: *Claudio Roberto Firmino*  
CPF: *078 474 589 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 Paciente Para Conselho Pro Cofis  
Londrina  
Curitiba  
Arapongas*



**4. VALOR SOLICITADO:**

Números de Diárias:	
Valor Unitário das Diárias:	Valor a Restituir: 650,00
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

RIBEIRÃO DO PINHAL