



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 425/2018.**  
**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 pacientes às cidades de Cornélio Procópio, Londrina, Curitiba, Jacarezinho, Arapongas, Astorga.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 695,00 (Seiscentos e noventa e cinco reais)

\_\_\_\_\_  
Cláudio Roberto Firmino

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 01/10/2018.

\_\_\_\_\_  
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\$ 695,00 referente à concessão de diária(s), no período de 21/09/2018, à 28/09/2018 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;

\_\_\_\_\_  
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.

\_\_\_\_\_  
Júlio César Pinheiro



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

Secretaria Municipal de Saúde

Numero diária:

425/2018.

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

**MOTORISTA**

*Cláudio Roberto Zermeno*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinat
27/09/19/06:30	27/09/19:00	08:30	40,00	2477	2556	RC12279	Conselho Paroquia	
27/09/19/07:00	27/09/19:00	06:30	40,00	246289	246477	RC18735	Conselho Paroquia	
27/09/19/04:30	27/09/19:30	15:00	80,00	246477	246477	RC18735	Zonários / Conselho Paroquia	
27/09/19/02:30	27/09/19:00	16:30	72,50	237955	234286	9499610	Cruzeira	
25/09/19/12:00	25/09/19:00	07:00	40,00	2024	2042	RC12279	Polisgualdo	
26/09/19/04:30	26/09/19:00	14:30	80,00	222576	222578	PAC 3824	Zonários / Conselho Paroquia / Estorço	
27/09/19/07:00	27/09/19:00	12:00	40,00	247288	247420	RC18735	Conselho Paroquia	
28/09/19/25:00	28/09/19:00	25:00	250,00	227229	228700	9499610	Cruzeira	
			695,00					



**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 Ferrind*

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 Pacientes do area de Saúde - Para*

*Cornelio Procopio*

*Londrina*

*Araçongá*

*Atorço*

*Jacarezinho*

*Curitiba*

RIBEIRÃO DO PINHAL



**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: 695,00

Valor total das Diárias:

**5. LOCOMOÇÃO**

Veículo:

Placa:

Frota:

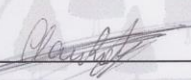
Particular:

**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