



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias N.º. 201/2019.**  
**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 Londrina, Cornélio Procópio e Astorga.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 320,00 (Trezentos e vinte reais)

\_\_\_\_\_  
Cláudio Roberto Firmino

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária n.º \_\_\_\_\_;

Em, 10/07/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 320,00 referente à concessão de diária(s), no período de 03/07/2019, à 09/07/2019 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com n.º..... para a conta corrente do solicitante com o n.º. 15342-6, da agência n.º.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: **201/2019**

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

**MOTORISTA**

*Paulo Roberto Zimmer*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
03/07/19/08:30	03/07/19/08:30	08:30	40,00	227260	227573	PR 964	Sondrio	
04/07/19/17:00	04/07/19/17:00	06:10	40,00	40826	40984	PR 2372	Cunha Própria	
05/07/19/05:30	05/07/19/05:30	14:30	80,00	43367	43616	PR 2375	Sondrio	
06/07/19/07:00	06/07/19/07:00	08:00	40,00	62747	62779	PR 3893	Atorpe	
06/07/19/07:30	08/07/19/07:50	07:50	40,00	41776	47394	PR 2332	Sondrio	
09/07/19/04:30	09/07/19/04:30	13:50	80,00	284799	284493	PR 7824	Sondrio	
			320,00					<i>[Signature]</i>



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

Secretaria Municipal de Saúde



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

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL

Unidade Administrativa: SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome do Servidor Beneficiário: *Cláudio Roberto Parreira*

CPF: *028 474 589-67*

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

**2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO**

Destino:

Data de Saída:

Data de Chegada:

Hora da Saída:

Hora da Chegada:

**3. JUSTIFICATIVA**

*Transporte do Paciente*  
*Londrina*  
*Comunidade Procoqui*  
*Petropolis*

*Cláudio Roberto Parreira*



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

Secretaria Municipal de Saúde



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

**4. VALOR SOLICITADO:**

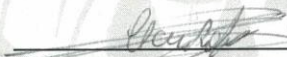
Números de Diárias:		Valor a Restituir: 320,00
Valor Unitário das Diárias:		
Valor total das Diárias:		

**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 publica ou o serviço prestado, se for o caso;**  
(colar em folhas anexadas este relatório);

  
Assinatura do Servidor Beneficiário