



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

Secretaria Municipal de Saúde

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 215/2019.**  
**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 São Jerônimo da Serra, Londrina, Cambé, Cornélio Procopio, Jacarezinho e Curitiba.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 815,00 (Oitocentos e quinze reais)

\_\_\_\_\_  
Cláudio Roberto Firmino

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 25/07/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 815,00 referente à concessão de diária(s), no período de 10/07/2019, à 26/07/2019 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.

\_\_\_\_\_  
Júlio César Pinheiro



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

Secretaria Municipal de Saúde

Numero diária:

215/2019

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

**MOTORISTA**

*Cláudio Roberto Ferreira*

Data/Hora Saida	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Salida Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
16/02/19/05:30	16/02/19/09:00	03:30	40,00	47262	477460	ASC1593	São Francisco de Sales	
17/02/19/04:30	17/02/19/08:00	03:30	40,00	284666	285245	RAC7824	Paraná - Ponta Grossa	
12/02/19/07:30	12/02/19/10:30	03:00	40,00	62575	62699	RRU3893	Paraná - Piraí	
15/02/19/04:30	15/02/19/07:30	03:00	40,00	286026	286365	BDC3224	Paraná	
16/02/19/06:00	16/02/19/09:00	03:00	40,00	7350	7502	BDO7022	Paraná - Piraí	
17/02/19/04:30	17/02/19/07:30	03:00	40,00	43322	43452	RC12279	Paraná - Piraí	
18/02/19/07:30	18/02/19/10:30	03:00	40,00	46299	47170	RC12275	Paraná	
19/02/19/05:30	19/02/19/08:30	03:00	40,00	33794	33333	RCL9426	Paraná - Piraí	
20/02/19/07:30	20/02/19/10:30	03:00	40,00	49325	50789	RC12278	Paraná	
23/02/19/07:30	23/02/19/10:30	03:00	40,00	44632	44722	RC12279	Paraná - Piraí	
24/02/19/07:30	24/02/19/10:30	03:00	40,00	44722	45528	RC12279	Paraná	
26/02/19/07:30	26/02/19/10:30	03:00	40,00	34592	37732	BCL9426	Paraná - Piraí	

815,00



**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**  
Utilização de Diárias

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Unidade Administrativa: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Nome do Servidor Beneficiário: *Claudio Roberto Primis*  
CPF: *018424589-63*  
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 do Paciente Para -*

- *São Jerônimo do Serra*
- *Londrina*
- *Carloto*
- *Araçongá*
- *Jacareí*
- *Castelo*
- *Conselheiro Proença*

*[Signature]*





**4. VALOR SOLICITADO:**

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias:

Valor a Restituir: 875,00

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



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

---

Secretaria Municipal de Saúde