



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

Secretaria Municipal de Saúde

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 284/2019.**  
**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 Curitiba, Londrina, Araçongas, Cambé, Santo Antônio da Platina e Jacarezinho.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 825,00 (Oitocentos e vinte e cinco reais)

\_\_\_\_\_  
Cláudio Roberto Firmino

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 30/09/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 825,00 referente à concessão de diária(s), no período de 20/09/2019, à 26/09/2019 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.

\_\_\_\_\_  
Vicktória Cardoso Troiano



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

Secretaria Municipal de Saúde

Numero diária: 284/2019

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

**MOTORISTA** *Cláudia Roberto Simoni*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura	
20/09/19/23:30	20/09/00:00	24:30	250,00	60467	67265	BC12278	Curdoba		
21/09/19/06:30	21/09/17:30	06:50	40,00	73903	74752	BR07897	Bonduva		
22/09/19/09:00	22/09/24:00	73:00	725,00	67265	62277	BC12278	Curdoba		
23/09/19/04:30	23/09/22:30	78:00	80,00	597403	597455	ASJ2357	Bonduva Angraço Sudo		
24/09/19/06:30	24/09/17:00	06:30	40,00	204499	204670	R28775	Sr J. P. Botelho		
25/09/19/23:30	25/09/00:00	24:30	250,00	75779	75748	BRF4479	Curdoba		
26/09/19/08:00	26/09/18:00	09:00	40,00	62228	62567	BC12278	Angraço		
Total R\$			825,00						



**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: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Nome do Servidor Beneficiário: *Acirio Roberto Fiumi*  
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 Pacote para*  
*Curitiba*  
*Londrina*  
*Sat. Ost. - Pátio*  
*Jerônimo*  
*Araxós*  
*Camé*





**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: 850,00
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