



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

Secretaria Municipal de Saúde

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº. 285/2019.**  
**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 Arapongas, Londrina, Cornélio Procopio, Curitiba e Londrina.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 570,00 (Quinhentos e setenta reais)

\_\_\_\_\_  
Cláudio Roberto Firmino

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 07/10/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 570,00 referente à concessão de diária(s), no período de 27/09/2019, à 06/10/2019 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: **285/2019**

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

**MOTORISTA**

*Paulo Roberto Summa*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
27/09/19 07:30	27/09/19 17:30	10:00	80,00	62767	62880	RC-2278	Angélica	
07/10/19 04:30	07/10/19 00:00	19:30	80,00	592468	593337	RS17357	Rondina Angélica	
07/10/19 14:00	02/10/20 00:00	06:00	40,00	75730	75795	RRU2893	Rondina Proença	
02/10/19 23:30	04/10/03:00	23:30	250,00	78534	79357	RDY479	Cariló	
04/10/19 00:00	07/10/18:10	18:10	80,00	63499	63832	RC12228	Angélica	
06/10/19 07:00	06/10/12:00	05:00	40,00	63832	64222	RC12228	Rondina	
			520,00					



**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: *Osvaldo Roberto Pinna*  
CPF: *078444589-63*  
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*  
*Londrina*  
*Professora*  
*Cornelia Brachio*  
*Artilho*





**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 total das Diárias:

Valor a Restituir: 570,00

**5. LOCOMOÇÃO**

Veículo:

Frota:

Placa:

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