



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

Secretaria Municipal de Saúde

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias N.º. 366/2019.**  
**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 Cornélio Procópio, Londrina, Arapongas, Curitiba, Uraí e São Jerônimo da Serra.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 490,00 (Quatrocentos e noventa reais)

\_\_\_\_\_  
Cláudio Roberto Firmino

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 12/12/2019.

\_\_\_\_\_  
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\$ 490,00 referente à concessão de diária(s), no período de 05/12/2019, à 12/12/2019 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  
Secretário Administrativo



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

Secretaria Municipal de Saúde

Numero diária: **366/2019**

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

**MOTORISTA** *David Roberto Zimmering*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino /Justificativa	Assinatura
05/12/19 10:40	05/12/19 20:00	09:20	40,00	210,609	210,747	ARL8175	Comunidade Parafre	
06/12/19 04:30	06/12/19 20:30	16:00	80,00	292,390	292,240	OPC 3824	Comunidade Parafre	
07/12/19 04:30	07/12/19 20:30	16:00	80,00	448,20	456,77	ROJ2275	Comunidade Parafre	
08/12/19 07:30	08/12/19 20:30	13:00	40,00	456,77	456,77	ROJ2275	Comunidade Parafre	
09/12/19 07:30	09/12/19 20:30	13:00	40,00	210,747	210,887	ARL8175	Comunidade Parafre	
10/12/19 07:30	10/12/19 20:30	13:00	40,00	456,77	467,84	ROJ2275	Comunidade Parafre	
11/12/19 07:30	11/12/19 20:30	13:00	40,00	603,304	604,492	ARL8175	Comunidade Parafre	
12/12/19 07:30	12/12/19 20:30	13:00	40,00	603,304	604,492	ARL8175	Comunidade Parafre	
13/12/19 07:30	13/12/19 20:30	13:00	40,00	603,304	604,492	ARL8175	Comunidade Parafre	
14/12/19 07:30	14/12/19 20:30	13:00	40,00	603,304	604,492	ARL8175	Comunidade Parafre	



**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: *Cláudio Kal. Farnini*  
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 Paciente*  
*Cornélio Procopio*  
*Londrino*  
*Araucária*  
*Alto*  
*Curitiba*  
*São Jerônimo Sora*





**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: 490,00
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