



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

Secretaria Municipal de Saúde

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias N°. 044/2020.**  
**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, Curitiba e Arapongas.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$ 645,00 (seiscentos e quarenta e cinco reais)

\_\_\_\_\_  
Cláudio Roberto Firmino

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 26/02/2020 .

\_\_\_\_\_  
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\$ 645,00 referente à concessão de diária(s), no período de 12/02/2020, à 26/02/2020 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.

\_\_\_\_\_  
Vanderlene Silveira de Rezende



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

---

Secretaria Municipal de Saúde



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

Secretaria Municipal de Saúde

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

MOTORISTA

*Paulo Roberto Trumano*

Data/Hora Saída	Data/Hora Chegada	Total hora	Valor diária	Saída Km	Chegada Km	Placa	Destino / Justificativa	Assinatura
24/02/2015 7:30	24/02/13:30	08:00	40,00	94507	94787	13BU7897	Rondônia e Senador Pimenta	
23/02/2015 7:30	23/02/11:00	03:30	125,00	94595	97427	RJ2278	Evilto	
24/02/2015 4:30	24/02/19:40	15:10	80,00	307357	308745	PAC2824	Rondônia e Senador Pimenta	
24/02/2015 4:30	24/02/18:40	14:10	80,00	603953	604253	AD2357	Rondônia	
24/02/2015 6:00	24/02/00:30	18:30	80,00	77028	77285	RC2279	Rondônia e Senador Pimenta	
24/02/2015 5:30	24/02/11:50	09:20	40,00	222520	222646	AM9864	Senador Pimenta	
20/02/2015 11:30	20/02/12:00	12:30	80,00	476707	476807	AE1593	Rondônia	
21/02/2015 06:00	21/02/15:00	09:00	40,00	94335	94636	RC1278	Rondônia e Senador Pimenta	
24/02/2015 17:00	24/02/18:30	02:30	40,00	96265	96500	BU7891	Rondônia	
26/02/2015 06:30	26/02/17:00	08:30	40,00	64842	67162	11C2232	Rondônia	
			645,00					

*[Handwritten signature]*



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 Roberto Figueira*  
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 boente para -  
Londrino  
Curiúba  
Cunha Procrius  
F. do morão  
Andaraí  
Craíonga*



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

---

Secretaria Municipal de Saúde



4. VALOR SOLICITADO:

Números de Diárias:

Valor Unitário das Diárias:

Valor a Restituir: 645,00

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