



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.11/2021.**  
**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 Cornélio Procópio, Curitiba, São Jerônimo da Serra, Araçongas e Londrina.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$530,00(quinzentos e trinta reais)

\_\_\_\_\_  
Cláudio Roberto Firmino

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em 22/01/2021

\_\_\_\_\_  
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.

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara de Melo Fraga  
Ordenadora de Despesas

**CONCESSÃO**

Concedo diárias solicitadas, conforme relatório do supervisor em anexo. Requisite-se e pague(m)-se;

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de R\$ 530,00 referente à concessão de diária(s), no período de 14/01/2021 a 21/01/2021 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;

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara de Melo Fraga  
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.

\_\_\_\_\_  
Adilson Martins inácio



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

Secretaria Municipal de Saúde

NUMERO DIÁRIA:

*11/2021*

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIAS DE MOTORISTAS

MOTORISTA

*Paulo Roberto Zanuncio*

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
<i>14/07/21 04:00</i>	<i>14/07/21 07:30</i>	<i>3:30</i>	<i>80,00</i>	<i>734,800</i>	<i>735,090</i>	<i>RC12219</i>	<i>Pandane</i>	
<i>15/07/21 05:30</i>	<i>15/07/21 09:30</i>	<i>4:00</i>	<i>80,00</i>	<i>422,345</i>	<i>422,547</i>	<i>RC12593</i>	<i>Sem justificativa de Saude</i>	
<i>18/07/21 06:30</i>	<i>18/07/21 09:30</i>	<i>3:00</i>	<i>40,00</i>	<i>760,304</i>	<i>760,432</i>	<i>RC1218</i>	<i>Paraná Recogido</i>	
<i>18/07/21 09:30</i>	<i>20/07/21 09:30</i>	<i>2:00</i>	<i>25,00</i>	<i>725,077</i>	<i>725,846</i>	<i>RC1232</i>	<i>Quilô</i>	
<i>21/07/21 09:00</i>	<i>21/07/21 09:00</i>	<i>0:00</i>	<i>80,00</i>	<i>32973</i>	<i>38337</i>	<i>RC09972</i>	<i>Pandane, Pandane</i>	<i>[Signature]</i>
			<i>590,00</i>					



**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** *11/2021*

Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Unidade Administrativa: Poder Executivo – (colocar Secretaria ou departamento)  
Nome do Servidor Beneficiário: *Caetano Roberto Fumero*  
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 sacos para →*  
*Curitiba*  
*Colmeia Procopio*  
*Londrino*  
*Arpington*  
*São Gerônimo da Serra*



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

Secretaria Municipal de Saúde



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

q

**4. VALOR SOLICITADO:**

Números de Diárias: <i>11/2021</i>	
Valor Unitário das Diárias:	Valor a Restituir: <i>530,00</i>
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