



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

Secretaria Municipal de Saúde

**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº.150/2021.**  
**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 de Jacarezinho, Cornélio Procópio, Londrina.

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$440,00(quatrocentos quarenta reais)

\_\_\_\_\_  
Cláudio Roberto Firmino

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em, 15/06/2021

\_\_\_\_\_  
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 Melo Fraga Cunha  
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\$ 440,00 referente à concessão de diária(s), no período de 01/06/2021 a 14/06/2021 conforme relatório em anexo através da conta corrente do Poder Executivo com nº.. da conta corrente do solicitante com o nº. 15342-6, da agência nº.3882;

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
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.

\_\_\_\_\_  
Evelyn Moraes Oliveira Pulcinelli



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

Secretaria Municipal de Saúde

NUMERO DIÁRIA: 150/2021

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

MOTORISTA: *Placido Roberto Ferraz*

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
07/06/21/04:30	07/06/21/04:30	07:30	40,00	765 730	765 934	BRU 7893	Itacumbi	
02/06/21/14:00	02/06/21/14:30	08:30	40,00	773 000	773 745	BRU 7893	Comunidade Paraguarí	
03/06/21/17:30	03/06/21/18:30	07:00	40,00	773 745	773 740	BRU 7893	Itacumbi	
04/06/21/07:30	04/06/21/07:30	13:00	80,00	245 939	226 273	BRU 7893	Itacumbi	
07/06/21/11:30	07/06/21/11:30	08:00	40,00	766 369	766 507	BRU 7893	Itacumbi	
08/06/21/04:30	08/06/21/04:30	07:30	40,00	763 946	764 078	BRU 7893	Itacumbi	
09/06/21/07:30	09/06/21/07:30	07:30	40,00	764 078	764 738	BRU 7893	Itacumbi	
10/06/21/04:30	10/06/21/04:30	07:00	40,00	796 367	796 502	BRU 7893	Comunidade Paraguarí	
11/06/21/11:30	11/06/21/11:30	06:30	40,00	249 066	249 227	BRU 7893	Comunidade Paraguarí	
12/06/21/11:30	12/06/21/11:30	06:00	40,00	766 828	767 738	BRU 7893	Itacumbi	
			<u>440,00</u>					



**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: Poder Executivo – (colocar Secretaria ou departamento)  
Nome do Servidor Beneficiário: *Claudio Roberto Fermini*  
CPF: *016474589-63*  
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 laicante para*  
*Jacarizinho*  
*com o propósito*  
*Londrina*





**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: 440,00

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