



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias Nº268/2021.**  
**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 Cornélio Procópio, Londrina, Curitiba, Jacarezinho, Santo Antônio da Platina, Rolândia e Araongas .

**VALOR DA DIÁRIA** – R\$747,50 (setecentos e quarenta reais e cinquenta centavos )

\_\_\_\_\_  
Cláudio Roberto Firmino

**INFORMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

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

Em 30/09/2021

\_\_\_\_\_  
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\$ 747,50 referente à concessão de diária(s), no período de 16/09/2021 á 30/09/2021 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

NÚMERO DIÁRIA:

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

MOTORISTA: *Claudio Roberto Ferraris* *268/2021*

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIO	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO	ASSINATURA
07/09/21/04:00	16/09/17:00	73:00	80,00	22207	222377	BC12278	Londrina	
17/09/21/17:30	12/09/18:00	08:30	40,00	199760	199235	B3U7899	Sr. J. B. P. P. P.	
20/09/21/04:30	20/09/19:00	14:30	80,00	762245	762593	BAC7824	Londrina - Sobradinho	
21/09/21/05:30	21/09/13:00	07:30	40,00	222575	222734	BC12278	Comunidade São João	
22/09/21/07:30	22/09/13:00	07:30	40,00	187297	187497	BC12279	Comunidade São João	
27/09/21/04:30	27/09/19:00	14:30	80,00	762977	763263	BAC7824	Londrina - Engenheiro	
25/09/21/05:30	25/09/12:00	06:30	40,00	9878	9962	REG2492	Itaipuaçu	
27/09/21/17:30	27/09/18:00	07:30	787,50	785793	786662	BC12278	Artilha	
28/09/21/06:30	29/09/14:00	07:30	40,00	207777	207579	B3U7899	Comunidade São João	
29/09/21/04:30	29/09/20:00	15:30	80,00	91825	94263	BC19476	Londrina - Engenheiro	
30/09/21/06:30	30/09/17:00	08:30	40,00	74726	74474	F1145382	Londrina	

*747,00*



RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO  
Utilização de Diárias

1. IDENTIFICAÇÃO

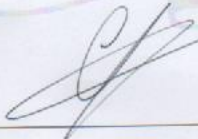
Órgão: PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Unidade Administrativa: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL  
Nome do Servidor Beneficiário: *Osvaldo Roberto Permino*  
CPF: *018474589-63*  
N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

2. DESTINO DO SERVIDOR BENEFICIÁRIO

Destino:  
Data de Saída: Hora da Saída:  
Data de Chegada: Hora da Chegada:

3. JUSTIFICATIVA

*Transferência de férias para →*  
*London*  
*Arifonço*  
*Rolândia*  
*Cornélio Proença*  
*Est. Ant. P. tino*  
*Leópolis*  
*Castelo*





**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: 570,00

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