



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº.1091/2025**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** João Paulo da Silva

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA

**CPF:** 030.152.869-19

**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Transporte de pacientes para saúde em Londrina, Arapongas e Sorocaba.

**Data:** 03/12, 10/12.

**Em:** 17 de dezembro de 2025.

\_\_\_\_\_  
João Paulo da Silva  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.

Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_

**Em,** 17 de dezembro de 2025.

\_\_\_\_\_  
Marcelo Corinith  
Contador

**CONCESSÃO**

Concedo 02 diárias de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em,** 17 de dezembro de 2025.

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

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$250,00** (duzentos e cinquenta reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com nº. nº07649-4, da agência nº3882 Itaú

\_\_\_\_\_  
Ordenador 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, tesouraria e/ou contabilidade) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal, anexado o motivo da viagem.

\_\_\_\_\_  
Ivan Benedito Helbel Filho  
Assinatura do Responsável



**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 – RIBEIRÃO DO PINHAL – PR**  
**DIÁRIA DE MOTORISTAS**

**NÚMERO DIÁRIA:** 1091 /2025

**NOME:** JOÃO PAULO DA SILVA

**CPF:** 030.152.869-19

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

| DATA/HORA<br>SAÍDA | DATA/HORA<br>CHEGADA | TOTAL<br>HORA | VALOR<br>DIÁRIA | SAÍDA<br>KM | CHEGADA<br>KM | PLACA   | DESTINO  |
|--------------------|----------------------|---------------|-----------------|-------------|---------------|---------|----------|
| 03/12<br>01:40     | 03/12<br>17:00       | 15.20         | 125             | 99783       | 100587        | SFE4A72 | Sorocaba |

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**JUSTIFICATIVA:** TRANSPORTE DE PACIENTES PARA TRATAMENTO DE SAÚDE.

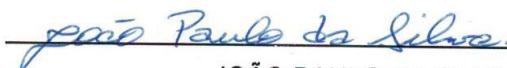
**VALOR SOLICITADO:**

Nº de diária: \_\_\_\_\_

Valor unitário das diárias: \_\_\_\_\_ Valor a restituir: \_\_\_\_\_

Valor total das diárias: \_\_\_\_\_

- Canhotos, comprovantes das viagens de ônibus ou avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor (anexar);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso (anexar).



JOÃO PAULO DA SILVA

Rua Paraná, nº 940 – Ribeirão do Pinhal/PR - CEP: 86.490-000 - Fone: (43) 3551-1204  
CNPJ da Prefeitura: 09.654.201/0001-87 - e-mail: saude@ribeiraodopinhal.pr.gov.br



**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 – RIBEIRÃO DO PINHAL – PR**  
**DIÁRIA DE MOTORISTAS**

**NÚMERO DIÁRIA:** 1091 /2025

**NOME:** JOÃO PAULO DA SILVA

**CPF:** 030.152.869-19

Nº do Empenho da Liberação de Diárias:

| DATA/HORA<br>SAÍDA | DATA/HORA<br>CHEGADA | TOTAL<br>HORA | VALOR<br>DIÁRIA | SAÍDA<br>KM | CHEGADA<br>KM | PLACA   | DESTINO    |
|--------------------|----------------------|---------------|-----------------|-------------|---------------|---------|------------|
| 10/12              | 10/12                |               |                 |             |               | TAT4H95 | Londrina e |
| 5:15               | 17:30                | 12.30         | 125             | 55190       | 55775         |         | Arapongas  |

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**JUSTIFICATIVA:** TRANSPORTE DE PACIENTES PARA TRATAMENTO DE SAÚDE.

**VALOR SOLICITADO:**

Nº de diária: \_\_\_\_\_

Valor unitário das diárias: \_\_\_\_\_ Valor a restituir: \_\_\_\_\_

Valor total das diárias: \_\_\_\_\_

- Canhotos, comprovantes das viagens de ônibus ou avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor (anexar);
- Certificado ou documento que comprove a participação em evento público ou o serviço prestado, se for o caso (anexar).

*João Paulo da Silva*

JOÃO PAULO DA SILVA

Rua Paraná, nº 940 – Ribeirão do Pinhal/PR - CEP: 86.490-000 - Fone: (43) 3551-1204  
CNPJ da Prefeitura: 09.654.201/0001-87 - e-mail: saude@ribeiraodopinhal.pr.gov.br