



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 360/2023**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** ISRAEL BARCELOS DE REZENDE

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 074.537.008-09

**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Transporte de paciente à cidade de Londrina à tratamento de saúde

**saída:** 24/05/2023 às 04:30hrs

**chegada:** 24/05/2023 às 18:30hrs

**Em,** 02 de junho de 2023.

\_\_\_\_\_  
ISRAEL BARCELOS DE REZENDE  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária. Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_

**Em:** 02 de junho de 2023.

\_\_\_\_\_  
Marcelo Corinth  
Contador

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diárias de R\$80,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em:** 02 de junho de 2023.

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

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$80,00** (oitenta reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com o nº. 18.565-5, da agência nº.0652-1.

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

\_\_\_\_\_  
Adilson Martins Inácio  
Assinatura do Responsável



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



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

NUMERO DIÁRIA:

360 / 2023

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

1. NOME:
  2. CARGO/FUNÇÃO:
  3. CPF:
- N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KÍM	CHEGADA KÍM	PLACA	DESTINO
24/05/23 04:30	24/05/23 78:30	14:00	80,00	277.775	278.080	B-D-F 4H19	Londrina

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO**

Utilização de Diárias

**4. JUSTIFICATIVA**

24/05/2023 Londrina H. Garcia Levar Paciente  
P/ 1º turno de saúde

**4. VALOR SOLICITADO:**

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor a Restituir:

Valor total das Diária:

80,00 Reais

**5. LOCOMOÇÃO**

Veículo: VAM

Placa: B. D. F.

Frota: SAÚDE

Particular: F.M.S.

**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 pública ou o serviço prestado, se for o caso;**

(colar em folhas anexadas este relatório);

Assinatura do Servidor Beneficiário