



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 498/2023**  
**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 paciente à cidade de Bandeirantes à tratamento de saúde.  
**Saída:** 28/06/2023 às 10:30hrs  
**Chegada:** 28/06/2023 às 17:20hrs  
**Em,** 29 de junho de 2023.

\_\_\_\_\_  
CLÁUDIO ROBERTO FIRMINO  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.  
Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_  
**Em:** 29 de junho de 2023.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diárias de R\$40,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em:** 29 de junho de 2023.

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

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$40,00** (quarenta reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com o nº: 15342-6, da agência nº.3882.

\_\_\_\_\_  
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

NUMERO DIÁRIA:

498 - 2023

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

1. NOME: *Claudio Roberto Perment*
  2. CARGO/FUNÇÃO: *motorista Saudo*
  3. CPF: *07847458963*
- N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

| DATA/HORA SAÍDA | DATA/HORA CHEGADA | TOTAL HORA  | VALOR DIÁRIA | SAÍDA KM      | CHEGADA KM    | PLACA           | DESTINO             |
|-----------------|-------------------|-------------|--------------|---------------|---------------|-----------------|---------------------|
| <i>28/06/23</i> | <i>28/06/23</i>   |             |              |               |               |                 |                     |
| <i>6:30</i>     | <i>17:20</i>      | <i>6:50</i> | <i>40,00</i> | <i>293377</i> | <i>293486</i> | <i>131U7893</i> | <i>Bandeirantes</i> |

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

*Transporte de Pacientes Para Serviço de Saudo Para -> Bandeirantes*

4. VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor total das Diária:

Valor a Restituir: *40,00*

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: *particular*

Placa: *131U7893*

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 pública ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexadas este relatório);

Assinatura do Servidor Beneficiário