



Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 500/2023
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: 21/06/2023 às 10:00hrs
Chegada: 21/06/2023 às 17:00hrs
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:

500/2023

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR

DIÁRIA DE MOTORISTAS

1. NOME: *Claudio Roberto Firmeng*
 2. CARGO/FUNÇÃO: *motorista eud*
 3. CPF: *018474589-63*
- 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>27/06/23</i> | <i>27/06/23</i> | | | | | | |
| <i>7:00</i> | <i>17:00</i> | <i>07:00</i> | <i>40,00</i> | <i>62992</i> | <i>63228</i> | <i>B1175A22</i> | <i>Bandeirante</i> |

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

Transporte do Paciente o Serviço de Saúde Para -> Bandeirante

4. VALOR SOLICITADO;

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor a Restituir: *40,00*

Valor total das Diária:

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: *particular*

Placa: *B1175A22*

Frota:

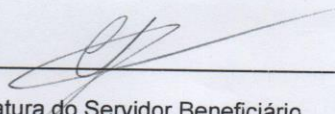
Particular:

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