



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 155/2023**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** JOÃO GALDINO

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 650.803.009-49

**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Transporte de paciente à cidade de Londrina, Cornélio Procópio, Arapongas, Jacarezinho, Jandaia do Sul, Rolândia, Curitiba, Telêmaco Borba à tratamento de saúde

**de:** 21/03/2023

**à:** 11/04/2023

**Em,** 13 de abril de 2023.

\_\_\_\_\_  
JOÃO GALDINO  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

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

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

**Em:** 13 de abril de 2023.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 03 diárias de R\$80,00 + 03 diárias de R\$40,00 + 03 diárias R\$125,00 + 1 diária de 187,50 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em,** 13 de abril de 2023.

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$922,50** (novecentos e vinte e dois reais e cinquenta centavos), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com o nº12.756-0, 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  
Secretaria Municipal de Saúde

NUMERO DIÁRIA:

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

MOTORISTA

*155/2023*

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO/JUSTIFICATIVA	ASSINATURA
21-05-23 03:35h	21-05-23 18:51h	14h	125,00	24.192	24.642	SDS 9D63	San. Aspersão Tam. Ba. do Pinhal	<i>[Signature]</i>
28-05-23 05:13h	28-05-23 14:15h	9h	40,00	277.676	277.797	BBU 7893	Ca. Mesquia Tam. Ba. do Pinhal	<i>[Signature]</i>
23-05-23 04:58h	23-05-23 15:00h	10h	40,00	57.013	57.274	ADA 5A22	Sanitário Tam. Ba. do Pinhal	<i>[Signature]</i>
27-05-23 04:52h	27-05-23 14:12h	12h	125,00	302.571	304.985	BU 2218	Selemoo Ba. Tam. Ba. do Pinhal	<i>[Signature]</i>
03-06-23 03:23h	03-06-23 16:22h	16h	125,00	26.045	26.467	SDS 9D63	San. Palom. Tam. do Sul	<i>[Signature]</i>
03-06-23 06:01h	03-06-23 18:44h	12h <sup>44</sup>	80,00	308.933	309.257	BC 2214	Condutor Tam. Ba. do Pinhal	<i>[Signature]</i>
05-06-23 07:30h	05-06-23 18:54h	13h	80,00	58.390	58.788	BDA 5A22	San. Tam. Ba. do Pinhal	<i>[Signature]</i>
06-06-23 03:48h	06-06-23 15:00h	11h	40,00	9.618	9.749	SDZ 9612	Fotocópia Tam. Ba. do Pinhal	<i>[Signature]</i>
08-06-23 03:30h	08-06-23 19:35h	20h <sup>05</sup>	125,00	96.830	97.524	FDHS 082	San. Tam. Ba. do Pinhal	<i>[Signature]</i>
11-06-23 03:22h	11-06-23 18:46h	14h	80,00	9.749	10.049	SDZ 9664	Sanitário Tam. Ba. do Pinhal	<i>[Signature]</i>
			925,50					



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:  
CPF:  
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

21/03/23 = Londrina + Arapongas Transporte de Paciente
22/03/23 = Cornélio Procopio Transporte de Paciente
23/03/23 = Londrina Transporte de Paciente
27/03/23 = Telemaco Bossa Transporte de Paciente
29/03/23 = Iporã + Rolândia + Londrina de São Francisco Paciente
03/04/23 = Londrina Transporte de Paciente
05/04/23 = Curitiba + Londrina Transporte de Paciente
06/04/23 = Iporã Transporte de Paciente
09/04/23 = Curitiba Transporte de Paciente
11/04/23 = Londrina Transporte de Paciente



**4. VALOR SOLICITADO:**

Números de Diárias: 01 de 17,50 + 03 de 125,00 + 02 de 80,00 + 01 de 30,00  
Valor Unitário das Diárias: Valor a Restituir:  
Valor total das Diárias: 922,50

**5. LOCOMOÇÃO**

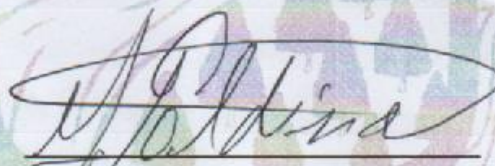
Veículo: Placa:  
Frota: Particular:

**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