



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 273/2023**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** REINALDO PEREIRA BARREIRA  
**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE  
**CPF:** 027.030.439-88  
**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Transporte de paciente à cidade de Londrina e Araongas para tratamento de saúde.  
**saída:** 17/05/2023 às 04:20hrs  
**chegada:** 17/05/2023 às 21:55hrs  
**Em,** 19 de maio de 2023.

\_\_\_\_\_  
REINALDO PEREIRA BARREIRA  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.  
Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_  
**Em:** 19 de maio de 2023.

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

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diárias de R\$125,00 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;  
**Em:** 19 de maio de 2023.

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

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$125,00** (cento e vinte e cinco reais), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com o nº. 05296-6, 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:

273/2023

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

1. NOME: REINALDO PEREIRA BADEFIDA
2. CARGO/FUNÇÃO: MOTORISTA
3. CPF: 027030439.88

N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIO	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
17/05/23 04:20	17/05/23 21:55	17.35	125.00	31.072	31.421	SOS 9063	ARAPONGAS + LONDRINA

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

LEVAR PACIENTES PARA CONSULTA

4. VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária: 125.00

Valor a Restituir:

Valor total das Diária:

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: MICRO ÔNIBUS

Placa: SOS. 9063

Frota: SAÚDE

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